

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE  
CANCER EN MONTÉRÉGIE**

**Plan d'action 2010-2012**

Avril 2010

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

**Auteur**

Brigitte Brabant

**Auteurs du document original**

Christine Bertrand

Johanne Fournier

Éric Litvac

**Secrétariat et mise en pages**

Jocelyne Pelchat

Carole Gagnon

**Conception et réalisation de la page couverture**

René Larivière

**Responsable de l'édition**

Jean-François Lapierre

N. B. Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La traduction et la reproduction totales ou partielles de ce document sont autorisées à la condition que la source soit mentionnée. La référence suivante est proposée :

Brabant, Brigitte. *Responsable du Programme de lutte contre le cancer*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2010, 80 p.

ISBN 978-2-89342-490-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89342-491-0 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence – [www.santémontérégie.qc.ca](http://www.santémontérégie.qc.ca)

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont collaboré à la production de ce plan.

Merci aussi à tous ceux qui ont participé à la consultation et qui ont émis des commentaires pour enrichir notre réflexion.



# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1. LA MISE EN CONTEXTE.....</b>   | <b>13</b> |
| 1.1 Le Programme québécois de lutte contre le cancer.....                  | 13        |
| 1.2 L'élaboration du plan d'action régional.....                           | 14        |
| <b>2. LE PROFIL DE LA RÉGION ET SON ORGANISATION DE SERVICES.....</b>      | <b>17</b> |
| 2.1 La population.....   | 17        |
| 2.2 Le réseau.....   | 18        |
| 2.3 Le continuum d'intervention en oncologie.....                          | 20        |
| 2.4 Les effectifs médicaux.....  | 24        |
| 2.5 Les activités de surveillance, de recherche et d'évaluation.....       | 26        |
| 2.6 Les mécanismes de concertation.....                                    | 27        |
| <b>3. L'ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION 2004-2007.....</b>                     | <b>31</b> |
| 3.1 Actions relatives à l'organisation de services.....                    | 31        |
| 3.2 Actions relatives à la gamme et au continuum de services.....          | 33        |
| 3.3 Actions relatives aux pratiques et à la gouvernance cliniques.....     | 38        |
| 3.4 Actions relatives à la gouverne régionale.....                         | 40        |
| 3.5 Actions relatives à l'amélioration continue de la qualité.....         | 41        |
| <b>4. LES VISÉES DU PLAN D'ACTION 2010-2012.....</b>                       | <b>43</b> |
| 4.1 Les principes mis de l'avant.....                                      | 43        |
| 4.2 L'objectif général et les enjeux prioritaires.....                     | 43        |
| 4.3 Les enjeux prioritaires pour la région.....                            | 44        |
| 4.4 Activités du plan d'action.....  | 45        |
| 4.5 Plan d'action montréalais en lutte contre le cancer 2010-2012.....     | 54        |
| <b>5. LES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION.....</b> | <b>61</b> |
| 5.1 Un financement à la hauteur des besoins.....                           | 61        |
| 5.2 L'arrimage avec les réseaux locaux en développement.....               | 62        |
| 5.3 Le soutien informationnel.....   | 62        |
| <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>63</b> |



## LISTE DES ANNEXES

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Annexe 1 | Liste des organismes communautaires .....  | 66 |
| Annexe 2 | Modèle intégré d'intervention de soutien aux personnes atteintes de cancer<br>et à leurs proches ..... | 68 |
| Annexe 3 | Organigramme .....   | 72 |
| Annexe 4 | Équipe interdisciplinaire locale en oncologie .....  | 76 |
| Annexe 5 | Équipe interdisciplinaire régionale en oncologie .....   | 78 |
| Annexe 6 | Affiche RCM .....  | 80 |



# LISTE DES SIGLES

|              |  |
|--------------|--|
| <b>AMP</b>   | Activité médicale prioritaire                            |
| <b>BPC</b>   | Biphényle polychloré                                     |
| <b>CCSR</b>  | Centre de coordination des services régionaux            |
| <b>CDD</b>   | Centre de dépistage désigné                              |
| <b>CÉGEP</b> | Collège d'enseignement général et professionnel          |
| <b>CHSGS</b> | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés      |
| <b>CHSLD</b> | Centre d'hébergement et de soins de longue durée         |
| <b>CICM</b>  | Centre intégré de lutte contre le cancer en Montérégie   |
| <b>CLSC</b>  | Centre local de services communautaires                  |
| <b>CRAQ</b>  | Comité régional d'assurance-qualité                      |
| <b>CRID</b>  | Centre de référence pour investigation désigné           |
| <b>CRLC</b>  | Comité régional de lutte contre le cancer                |
| <b>CSST</b>  | Commission de la santé et de la sécurité au travail      |
| <b>CSSS</b>  | Centre de santé et de services sociaux                   |
| <b>DRMG</b>  | Département régional de médecine générale                |
| <b>HAP</b>   | Hydrocarbure aromatique polycyclique                     |
| <b>MSSS</b>  | Ministère de la Santé et des Services sociaux            |
| <b>OSBL</b>  | Organisme sans but lucratif                              |
| <b>PAR</b>   | Plan d'action régional en santé publique                 |
| <b>PQAT</b>  | Programme québécois d'abandon du tabagisme               |
| <b>PQDCS</b> | Programme québécois de dépistage du cancer du sein       |
| <b>PQLC</b>  | Programme québécois de lutte contre le cancer            |
| <b>PREM</b>  | Plan régional d'effectifs médicaux                       |
| <b>RCM</b>   | Réseau Cancer Montérégie                                 |
| <b>RLS</b>   | Réseau local de services de santé et de services sociaux |
| <b>RNI</b>   | Ressource non institutionnelle                           |
| <b>SGAS</b>  | Système de gestion de l'accès aux services               |



# INTRODUCTION

---

En 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adoptait le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), définissant les orientations nationales en regard de cette problématique d'envergure. Depuis, l'ensemble des régions sociosanitaires se mobilise activement afin d'améliorer les pratiques cliniques et organisationnelles au sein de leur réseau en fonction du modèle proposé dans le PQLC.

En Montérégie, plusieurs initiatives de modernisation du système de lutte contre le cancer ont été mises de l'avant, supportées par un engagement financier dévolu spécifiquement à la mise en place de cette réorganisation. En 2002, un état de situation général de la lutte contre le cancer dans la région était produit, permettant ainsi de dégager les forces et faiblesses des actions déployées auprès des personnes atteintes et de leurs proches. Ces constats ont été largement partagés avec les acteurs concernés, entre autres dans le cadre de comités de planification, en vue d'établir les balises du plan d'action régional.

En 2004, l'Agence de la Montérégie dépose son plan d'action 2004-2007. Ce plan se présente comme un outil d'aide à la décision clinique et administrative qui s'actualisera dans un environnement en pleine mouvance. La démarche de régionalisation en cours à l'époque était susceptible de poser certaines limites à l'implantation des mesures proposées. Toutefois, les objectifs poursuivis par cette réorganisation, maintenant à terme, ont facilité l'implantation de l'approche par programme préconisée dans la lutte contre le cancer.

Le présent plan d'action comporte deux volets : il présente un bilan du plan d'action 2004-2007, une évaluation des objectifs qui avaient été proposés en 2004. Il décrit aussi les objectifs et les actions à entreprendre pour les trois années à venir.

Le contenu du plan se présente comme suit. Au premier chapitre, une mise en contexte général vient tracer les grandes lignes du PQLC ainsi que de la démarche ayant mené à l'élaboration du plan d'action. Le second chapitre retrace les principales caractéristiques de la population montérégienne et de l'organisation du réseau en place, en lien avec la problématique du cancer. Le chapitre trois présente une évaluation des objectifs et un bilan des actions complétées dans le cadre du plan d'action 2004-2007. Le chapitre suivant introduit l'objectif général du plan 2010-2012, les principes fondamentaux qu'ils véhiculent ainsi que les enjeux majeurs qui se dégagent de l'analyse du portrait régional. Il constitue le cœur du plan avec l'énoncé des objectifs et des actions spécifiques autour desquels nous convions l'ensemble des acteurs œuvrant à la lutte contre le cancer à se mobiliser. Les mesures identifiées sont regroupées en fonction des cinq axes d'intervention identifiés dans le cadre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer : l'organisation des services, la détection et

prévention du cancer, la gamme et le continuum de services, l'évolution des pratiques, la gouverne régionale et enfin, l'évaluation de l'atteinte des résultats. Ce chapitre contient également un tableau synthèse des priorités du plan d'action montérégien pour 2010-2012. Le dernier chapitre met en perspective certaines conditions devant faciliter la réalisation des actions proposées.

---

# 1. LA MISE EN CONTEXTE

---

## 1.1 LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER<sup>1</sup>

Malgré l'avancement des connaissances et des technologies médicales, le cancer est aujourd'hui responsable d'environ 30 % des décès dans la plupart des pays industrialisés. Beaucoup d'aspects de la vie quotidienne sont bouleversés par un diagnostic de cancer et les inquiétudes qu'il suscite sont nombreuses, tant pour les personnes atteintes que leurs proches. Dans le but de réduire le fardeau dû à cette maladie et de mieux répondre aux besoins, le MSSS adoptait en 1997 le PQLC.

Ce programme constitue le fondement de l'approche québécoise en matière de lutte contre le cancer. Sa stratégie se base sur trois grandes orientations :

- une approche globale;
- des soins et des services centrés sur la personne;
- la qualité comme premier guide de nos choix.

Le programme s'articule autour d'un continuum d'intervention centré sur la population et la personne atteinte, couvrant la prévention et la promotion de la santé, le dépistage, l'investigation, le traitement, le soutien et les soins de fin de vie. En termes d'organisation des services, le PQLC prévoit l'implantation, dans chacune des régions du Québec, d'un réseau intégré de services pour les personnes atteintes et leurs proches. Ce réseau s'appuie notamment sur la constitution d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins de la population, au sein même de leur communauté dans la mesure du possible. Le PQLC recommande aussi d'instaurer des programmes régionaux de lutte contre le cancer et de mettre en place des structures participatives appelées comités régionaux de lutte contre le cancer (CRLC), dont le mandat est de conseiller les agences régionales sur la mise en œuvre du programme.

Le présent plan d'action s'inscrit dans la foulée des activités visant à implanter le PQLC dans toutes les régions du Québec. En Montérégie, bien que les grands éléments du PQLC soient déjà en place, plusieurs améliorations doivent encore être apportées. Celles-ci font l'objet de nos objectifs régionaux qui sont énoncés plus loin.

---

<sup>1</sup> Plus d'informations sur le Programme québécois de lutte contre le cancer peuvent être obtenues en consultant le rapport disponible sur le site Internet du Ministère.

## 1.2 L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

En Montérégie, l'élaboration d'un plan d'action régional constitue la troisième étape du processus de planification amorcé depuis le dépôt du PQLC. Ce processus a débuté en 2001-2002 avec la production d'un bilan régional des besoins de la population, de l'offre de services ainsi que des modes d'organisations en place. Ce portrait a été validé et entériné par le CRLC ainsi que le comité directeur du Réseau Cancer Montérégie (RCM)<sup>2</sup>, puis déposé au MSSS en avril 2002.

Suite au dépôt de ce bilan, le CRLC a été consulté afin de définir les structures de travail à mettre en place pour la réalisation subséquente des travaux de planification. La proposition retenue a été de mettre sur pied trois comités de planification couvrant chacun un volet du continuum d'intervention axé sur la lutte contre le cancer, à savoir :

- la promotion de la santé, la prévention du cancer et son dépistage;
- l'investigation, le traitement et l'adaptation;
- les soins palliatifs et le soutien à la personne et aux proches.

Suivant la décision du CRLC, les trois comités de planification ont été formés de personnes issues des établissements du réseau, d'organismes œuvrant à la lutte contre le cancer ainsi que de représentants des usagers. Une bonne représentativité des différentes missions ou secteurs d'activités ainsi que des sous-régions du territoire était recherchée lors du recrutement des membres. Les personnes ont également été choisies sur la base de leur expertise, de leur disponibilité, de leur intérêt marqué pour la problématique du cancer ainsi qu'en fonction de leur capacité à influencer positivement, dans leur milieu, la mise en œuvre du plan d'action régional<sup>3</sup>. La coordination de leurs travaux était sous la responsabilité de professionnels de la Régie régionale qui ont assuré le relai avec le CRLC.

Le mandat confié aux comités de planification consistait à valider le portrait des besoins et des services, à identifier les problèmes majeurs et à y associer des cibles d'amélioration, tant en termes d'offre de service que de mode d'organisation et enfin, à proposer une priorisation des mesures retenues<sup>4</sup>.

Les travaux des comités se sont déroulés activement au cours de l'automne 2002, dans la perspective de déposer au MSSS le plan d'action régional suivant l'échéance initialement prévue, le 30 avril 2003. Cet échéancier a toutefois été reporté d'une année par le MSSS pour tenir compte de deux facteurs contextuels : d'une part, un exercice de planification stratégique mobilisait de nombreuses ressources dans chacune des régions sociosanitaires du Québec et d'autre part, le changement de gouvernement laissait entrevoir des ajustements significatifs à l'agenda ministériel. Plusieurs résultats issus des

---

<sup>2</sup> Le RCM regroupe, en Montérégie, un ensemble d'acteurs œuvrant à la lutte contre le cancer et a pour mandat d'implanter le PQLC dans la région. Nous en discutons davantage dans le prochain chapitre.

<sup>3</sup> Le lecteur trouvera, en annexe 1, la liste des membres de chacun des trois comités de planification.

<sup>4</sup> Le plan de travail a été bâti à partir des paramètres du MSSS (biens livrables), tels qu'adressés aux régies régionales à l'automne 2001.

travaux des comités de planification allaient toutefois être intégrés au plan stratégique triennal de la région et, dans certains cas, être retenus comme cibles d'amélioration dans le cadre des ententes de gestion conclues au printemps 2003.

L'ensemble des travaux réalisés par les comités de planification demeure toujours d'actualité. Les constats, enjeux et cibles d'amélioration identifiés lors de cet exercice de planification sont repris dans les pages qui suivent. Bien que les trois comités de planification ne se soient pas réunis depuis janvier 2003, les contacts réguliers de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (maintenant l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie) avec les nombreux acteurs du Réseau cancer Montérégie (RCM) nous permettent de prendre en compte les ajustements opérés depuis cette période et d'anticiper l'impact du développement des réseaux locaux de services (RLS) sur l'organisation du programme de lutte contre le cancer.

L'objectif du présent document est de mettre à jour et de donner plus de détails sur ce qui a été accompli et sur ce qu'il reste à faire. Les représentants des différents secteurs impliqués ont été mis à contribution pour sa réalisation.



## 2. LE PROFIL DE LA RÉGION ET SON ORGANISATION DE SERVICES

### 2.1 LA POPULATION

La Montérégie compte plus de 1,4 million d'habitants, ce qui en fait la deuxième région la plus peuplée du Québec. Environ 14 % de la population est âgée de 65 ans et plus. Dans les prochaines années, cette proportion s'accroîtra plus rapidement qu'ailleurs au Québec. Le vieillissement de la population s'accompagne, entre autres, d'une augmentation du fardeau du cancer. Entre 1996-2000 et 2001-2005, le nombre de nouveaux cas de cancer a déjà augmenté de 19 % dans la région.

De façon générale, la population de la Montérégie se compare au reste du Québec selon les principales données sur les facteurs de risque, la morbidité et la mortalité liée au cancer :

| INDICATEUR   | MONTÉRÉGIE                | MOYENNE QUÉBÉCOISE        |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Proportion de la population qui présente trois facteurs de risque ou plus pour le cancer, 1990-1991 <sup>5</sup> | 6,3 %                     | 5,6 %                     |
| Proportion ajustée de fumeurs actuels de 12 ans et plus, 2005 <sup>6</sup>                                       | 21,6 %                    | 24,4 %                    |
| Taux ajusté d'incidence du cancer, 2001-2005 <sup>7</sup>  | 474 par 100 000 personnes | 472 par 100 000 personnes |
| Taux ajusté de mortalité par cancer, hommes, 2004-2006 <sup>8</sup>  | 267 par 100 000 personnes | 271 par 100 000 personnes |
| Taux ajusté de mortalité par cancer, femmes, 2004-2006 <sup>9</sup>  | 189 par 100 000 personnes | 184 par 100 000 personnes |

<sup>5</sup> Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, production de l'équipe Surveillance, Direction de santé publique de la Montérégie, avril 2010.

<sup>6</sup> Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005. Infocentre de santé publique, consultée le 6 avril 2010.

<sup>7</sup> Source : Provencher, S. et C. Bellerose (2010), Fiche indicateur – Cancer (incidence) 1985-2005. Outil d'échange d'information en ligne (EIL) de la Direction de santé publique, consulté le 6 avril 2010.

<sup>8</sup> Source : Noiseux, M. (2009), Fiche indicateur – Cancer (mortalité) Fiche 114 – 2009. Outil d'échange d'information en ligne (EIL) de la Direction de santé publique, consulté le 6 avril 2010.

<sup>9</sup> Source : *idem*.

## 2.2 LE RÉSEAU

La région compte 11 centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont neuf hôpitaux et un centre régional affilié à l'Université de Sherbrooke (l'Hôpital Charles LeMoyne). On trouve aussi sur le territoire deux maisons de soins palliatifs, la Maison Victor-Gadbois, la Maison au Diapason et une ressource non institutionnelle (RNI) offrant des services de soins palliatifs à Saint-Jean-sur-Richelieu. C'est grâce à la participation de tous ces établissements, ainsi que des omnipraticiens, de la Direction de santé publique et de nombreux organismes sans but lucratif que la région est en mesure d'offrir un continuum de services en oncologie à sa population.

### La contribution des hôpitaux

L'hôpital est l'endroit où est offerte la majorité des services aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. On y retrouve habituellement l'ensemble des services professionnels associés à l'évaluation et au diagnostic, aux traitements médicaux et chirurgicaux pour les sièges tumoraux les plus fréquents, aux soins infirmiers, au soutien pendant la phase aiguë de la maladie ainsi que des services pour les personnes en phase palliative ou en fin de vie. Tous les CSSS de la Montérégie ont implanté des équipes interdisciplinaires d'oncologie. Nous discutons plus en détail des services offerts dans les centres hospitaliers un peu plus loin dans le texte, sous l'angle des niveaux d'intervention.

### La contribution du Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM) à titre d'Hôpital régional

L'Hôpital Charles LeMoyne est l'hôpital régional de la Montérégie. Son programme d'oncologie est connu sous le nom de Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM). Le CICM offre, de façon distinctive, des services spécialisés qui ne sont pas disponibles dans les autres hôpitaux de la région, dont le traitement des leucémies aiguës et les chirurgies de résection de métastases hépatiques. Un service de radio-oncologie est aussi en préparation et devrait voir le jour au cours des prochains mois.

Historiquement, le CICM s'est vu attribuer le mandat de développer et coordonner le RCM regroupant de nombreux acteurs clés œuvrant à la lutte contre le cancer dans la région. Au sein du RCM, le CICM agit, entre autres, comme leader clinique, car ce sont les intervenants du CICM qui dispensent la formation de base et la formation continue en oncologie à l'ensemble des intervenants de la région. Le CICM assume également un rôle d'enseignement et encadre plusieurs stagiaires, provenant d'autres centres en oncologie du Québec ainsi que de l'Europe, dans des domaines touchant les soins infirmiers, la pharmacie, les services sociaux, la nutrition, la physiothérapie et la médecine.

## La contribution de l'équipe du RCM

Le RCM constitue le regroupement régional qui a été créé afin d'implanter le PQLC en Montérégie. Comme le CICM s'est vu confier le mandat de développer et de coordonner le RCM, on constate que la plupart des intervenants régionaux qui forment l'équipe de soutien du RCM travaillent également au sein du CICM. Ces intervenants sont responsables, en étroite collaboration avec l'Agence, de mettre en place les interventions nécessaires pour l'implantation du PQLC, à savoir, la formation, le soutien, la supervision clinique et l'évaluation. Voici quelques exemples de sa contribution :

- offrir de la formation ou du soutien direct aux intervenants œuvrant au sein des équipes d'oncologie ou en soins palliatifs;
- préparer et diffuser des outils de travail;
- stimuler l'intérêt et le développement des compétences de l'ensemble des partenaires;
- créer une vision partagée de la lutte contre le cancer en présentant, sur toutes les tribunes, la vision, les objectifs et les moyens mis de l'avant ainsi que les résultats obtenus;
- favoriser le sentiment d'appartenance et le travail en réseau;
- faire les représentations et entreprendre les démarches nécessaires auprès des gestionnaires pour faciliter la résolution des problèmes soulevés par les intervenants cliniques dans l'ensemble des établissements.

## La contribution des CLSC

Les CLSC ont une contribution essentielle en termes de promotion de la santé et de prévention du cancer. Plusieurs activités y sont associées, telles la promotion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la promotion des saines habitudes alimentaires et du non-tabagisme ainsi que les activités des centres d'abandon du tabac. De plus, les services courants et le soutien à domicile offerts par les CLSC jouent un rôle important dans l'intervention auprès des personnes atteintes de cancer, que ce soit pendant un traitement de chimiothérapie suite à une hospitalisation, pour un soutien psychosocial ou pour des soins de fin de vie. En Montérégie, des efforts sont investis pour améliorer la capacité des CLSC à répondre aux besoins de ces personnes.

Depuis la création des CSSS, il existe des liens plus précis entre les équipes des CLSC et les équipes d'oncologie des hôpitaux pour desservir les personnes atteintes de cancer. Par exemple, des démarches ont été faites pour mieux définir les services offerts dans les différents CLSC et pour améliorer les références faites par les équipes d'oncologie. Les intervenants en CLSC sont maintenant mieux informés de la situation des patients et de leurs besoins, de même que des services qu'ils requièrent.

Les infirmières des services courants et du soutien à domicile des CLSC bénéficient de sessions de formation et d'outils de référence offerts par les intervenants spécialisés du RCM. Pour le volet psychosocial, des intervenants ciblés par le CLSC participent au comité psychosocial oncologique de la Montérégie et auront accès à la formation continue, au réseautage avec leurs collègues des autres

CLSC et des hôpitaux, aux outils de travail et au soutien de l'équipe du RCM. Toutes ces mesures permettent d'améliorer les connaissances du personnel en CLSC et, ultimement, la qualité de leurs interventions auprès des patients atteints de cancer. Elles sont poursuivies par les équipes locales et généralisées à l'ensemble de la région.

## La contribution des organismes communautaires

En Montérégie, plus d'une quarantaine d'organismes communautaires et bénévoles ou à but non lucratif et diverses associations œuvrent de près ou de loin auprès des personnes atteintes de cancer.

De plus, il existe 17 organismes communautaires qui ont une mission dédiée à la clientèle atteinte de cancer (Annexe 1). Par leurs interventions, ils facilitent l'adaptation des personnes à leur maladie et aux conséquences sociales et émotives qui y sont liées, soutiennent l'entourage et tentent de leur assurer une qualité de vie optimale. Ces organismes offrent des services diversifiés, voués spécifiquement aux personnes atteintes de cancer. Globalement, on y retrouve des services d'écoute, de référence, d'information et de soutien aux patients et à leur entourage, d'accompagnement et de transport pour des examens diagnostiques ou des traitements, des services de répit ou de gardiennage, des activités de soutien et de suivi de deuil ainsi que des visites à domicile ou en milieu hospitalier. Certains organismes font aussi la promotion du PQDCS.

## 2.3 LE CONTINUUM D'INTERVENTION EN ONCOLOGIE

### La promotion de la santé et la prévention du cancer

De nombreuses actions proposées à l'intérieur du *Plan d'action régional 2009-2012 (PAR)* en Santé publique ciblent les grands facteurs de risque : le non-tabagisme, l'alimentation, l'activité physique et les agents chimiques, biologiques ou physiques de l'environnement.

- En ce qui concerne la prévention des maladies chroniques, dont le cancer, la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie est un incontournable. On retrouve ainsi des actions visant l'implantation de l'approche-École en santé en milieu scolaire, de même que l'approche 0.5.30 Combinaison/Prévention dans les milieux de travail, les milieux de vie des aînés, les milieux d'enseignement aux adultes et les municipalités. Ces deux approches visent l'amélioration des saines habitudes de vie, entre autres par l'adoption de politiques alimentaires, par l'augmentation des occasions de pratiquer l'activité physique et en offrant des services de promotion et de soutien à la cessation tabagique. Enfin, la Direction de la Santé publique (DSP) assure la coordination du comité régional du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, qui est réalisé en partenariat avec plusieurs directions régionales des ministères signataires et de partenaires régionaux.

- Les milieux cliniques de première ligne contribuent à la lutte contre le cancer par l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP), que ce soit sous forme de counseling, de dépistage ou de promotion de comportements sains.
- Différentes interventions concernent les agents environnementaux causant un risque pour la santé, tels le radon et les rayons ultraviolets. Parmi ces interventions, on retrouve des activités d'information et de sensibilisation et des formations. De plus, des activités de sensibilisation quant à la mise en place d'approches de développement durable sont réalisées auprès de partenaires associés, notamment à l'aménagement urbain et au transport.
- Le programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a débuté en 1998; en 2010, les services sont offerts dans 14 centres de dépistage désignés (CDD) et 7 centres de référence pour investigation désignés (CRID) dans 8 hôpitaux de la région. La population cible compte 188 078 femmes de 50 à 69 ans, soit une augmentation de 49 % en 10 ans. Le taux de participation en 2009 était de 58,6 % pour une moyenne provinciale de 56,2 %. Malgré ces augmentations importantes, les délais de rendez-vous pour une mammographie de dépistage s'approchent généralement de la norme du PQDCS de 30 jours.

## L'investigation et le traitement

Les services de laboratoire et de radiologie de base sont offerts dans tous les hôpitaux de la région. On y effectue, en priorité, les examens relatifs à des cas de cancer afin de minimiser le temps d'attente pour les patients suivis en oncologie. Toutefois, les délais peuvent être considérables lorsque des examens radiologiques sont demandés par des omnipraticiens en pratique privée. Ceux-ci doivent souvent chercher eux-mêmes un service où leurs patients pourront être investigués plus rapidement. D'autre part, la région fait face à une pénurie d'équipement et de personnel en imagerie médicale, notamment pour la tomographie et la résonance magnétique.

En 2007-2008, 10 014 hospitalisations et 4 648 chirurgies attribuables au cancer ont eu lieu dans les dix hôpitaux de la région, principalement à l'Hôpital Charles LeMoine, à l'Hôpital Pierre-Boucher, à Réseau Santé Richelieu-Yamaska et l'Hôpital du Haut-Richelieu. Les quatre sièges tumoraux les plus fréquents (sein, colorectal, prostate et poumon) sont traités dans presque tous les centres, bien que le volume de chirurgies pour les cancers pulmonaires soit très faible dans la moitié d'entre eux, tandis que Charles LeMoine en traite un volume plus élevé. Les chirurgies plus complexes sont également pratiquées à cet hôpital, qui dispose d'une équipe de spécialistes composée d'un chirurgien oncologue, d'un chirurgien thoracique et d'un gynécologue oncologue.

Les établissements montérégiens desservent une part de plus en plus grande des patients de la région. En 1994-1995, 53 % des résidents atteints de cancer ont été hospitalisés en Montérégie (taux de rétention), les autres l'ayant été dans des régions voisines, notamment à Montréal. En 2007-2008, ce taux de rétention est passé à 61 %. Parmi les sièges tumoraux les plus fréquents, le cancer colorectal atteint 78 %, mais il varie selon les territoires de RLS où résident les usagers. On peut prévoir que le taux de rétention augmentera encore au cours des prochaines années. Combiné avec l'incidence du cancer également à la hausse, il faut donc anticiper des volumes d'hospitalisations, de chirurgies et de services connexes de plus en plus grands. Enfin, le taux d'attraction est d'environ 4 %, ce qui signifie que peu de résidents des régions avoisinantes sont hospitalisés en Montérégie.

Comme pour les chirurgies des sites tumoraux fréquents, la chimiothérapie est aussi offerte par les équipes des cliniques externes dans tous les hôpitaux, à l'exception de l'Hôpital Barrie-Memorial. On constate toutefois que le choix des plans de traitement n'est pas encadré par des protocoles standardisés. En plus d'une infirmière pivot, chacune des équipes dispose d'infirmières dédiées à l'administration de la chimiothérapie ayant reçu une formation spécifique en oncologie et étant engagées dans un processus de formation continue. Les services de pharmacie sont encore offerts, dans quelques cas, par une équipe en rotation ce qui rend plus difficile la standardisation des pratiques et le travail interdisciplinaire. Des démarches pour améliorer la situation dans cette discipline ont été entreprises et ont donné lieu à la nomination d'un pharmacien attiré à l'oncologie dans chaque équipe. De plus, une pharmacienne régionale est en poste pour assumer, entre autres, le processus de concertation, de standardisation des pratiques et de formation.

La majorité des CLSC collaborent au suivi des traitements de la chimiothérapie et la plupart d'entre eux ont signé des protocoles cliniques avec les hôpitaux. Certaines difficultés sont toutefois observées dans certains territoires : manque d'uniformité des protocoles, manque d'expertise en oncologie du personnel infirmier, manque d'expertise des pharmaciens communautaires en regard de la préparation de la médication oncologique. Tel que mentionné précédemment, des démarches visant à améliorer les références et à uniformiser les protocoles et les services sont actuellement en cours. La formation initiale pour l'ensemble des infirmières de CLSC ciblées pour le programme d'oncologie est en place.

Un département de radio-oncologie situé au Centre intégré en cancérologie de la Montérégie (CICM) est présentement en construction à l'Hôpital Charles-LeMoine. Actuellement, la grande majorité des patients est traitée dans les hôpitaux de Montréal (91 %) puis au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (9 %) <sup>10</sup>. L'arrivée de ce nouveau service permettra d'offrir de la radiothérapie à de nombreux patients montérégiens. Les services de greffe autologue de cellules souches pourraient être dispensés à l'hôpital régional, mais les ressources financières ne permettent pas pour le moment de les rendre disponibles. Les patients doivent donc se déplacer vers Montréal.

## Le soutien

Toutes les équipes interdisciplinaires locales offrent des services de soutien englobant les services psychosociaux, de nutrition, d'ergothérapie et de physiothérapie. Un modèle intégré d'interventions de soutien aux personnes atteintes et à leurs proches a été développé dans la région. Ce modèle prévoit, à chaque étape de la maladie, incluant l'attente du diagnostic, des modalités d'interventions de soutien spécifiques <sup>11</sup>. Présentement, toutes les équipes interdisciplinaires de la Montérégie se rallient autour de ce modèle. Il faut toutefois souligner que la disponibilité des services et leur niveau d'intensité diffèrent d'un endroit à l'autre.

Dans le cadre de l'implantation du RCM, plusieurs mesures visant à renforcer l'aspect du soutien au patient et à ses proches ont été mises en place. Les équipes d'oncologie ont accès à l'expertise d'un intervenant psychosocial à raison de deux journées par semaine. En plus d'offrir des services directs

---

<sup>10</sup> Selon les données de 2001

<sup>11</sup> Le lecteur trouvera, à l'annexe 2, un schéma présentant sommairement les composantes de ce modèle.

à la clientèle, cet intervenant psychosocial collabore activement aux travaux de l'équipe interdisciplinaire à laquelle il est associé. Ces intervenants psychosociaux font partie intégrante du comité régional psychosocial en oncologie. Ils collaborent activement, avec l'intervenante psychosociale responsable de ce comité, au processus de révision et de standardisation de leurs pratiques selon les standards reconnus. Des travaux d'évaluation sont menés en regard de ce projet. Ils visent, entre autres, à mieux documenter la demande de services psychosociaux et à adapter l'offre de services en conséquence.

Des actions visant l'amélioration des services de nutrition auprès des personnes atteintes de cancer sont aussi menées dans la région. À cet égard, chaque hôpital a procédé dans son organisation à l'identification d'une nutritionniste qui est associée à l'équipe interdisciplinaire d'oncologie. À l'instar de la démarche régionale entourant les pratiques psychosociales en oncologie, un nutritionniste encadre maintenant un exercice de concertation, de révision et de standardisation des pratiques ainsi que de formation pour soutenir ses collègues œuvrant en oncologie au sein des hôpitaux et des CLSC.

Quant aux services d'adaptation-réadaptation en physiothérapie et en ergothérapie, ceux-ci sont rendus disponibles dans les hôpitaux, mais demeurent très variables en type et en nombre. Une communauté de pratique formée de physiothérapeutes travaillant auprès des personnes atteintes de cancer de l'ensemble des CSSS est actuellement en place. Notons qu'un projet de démonstration est en cours avec ces physiothérapeutes afin d'offrir des sessions d'information de groupe pour les femmes ayant eu une chirurgie du sein. L'objectif est de réduire le nombre et la gravité des complications suite à une chirurgie du sein. Le projet sera documenté pour évaluer les conditions de mise en place et les résultats sur une période de deux ans.

## Les soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs et de fin de vie demeurent peu développés dans la région et s'avèrent insuffisants pour répondre aux besoins. En Montérégie, on compte 90 lits de soins palliatifs, dont 33 en milieu hospitalier, 22 en CHSLD et 35 en RNI et OSBL. La Maison Victor-Gadbois compte 12 lits, la Maison Au Diapason en compte 8 et la RNI de Saint-Jean-sur-Richelieu compte 15 lits. Trois autres projets de maison de soins palliatifs sont en développement en Montérégie présentement : Source Bleue à Boucherville, Adelphe-Lareau à Chambly et Vaudreuil-Soulanges.

Certains hôpitaux possèdent des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs et leur composition demeure variable d'un site à l'autre. Tous les CHSLD offrent des soins palliatifs ou de fin de vie, mais ceux-ci ne sont pas nécessairement dispensés par une équipe interdisciplinaire. Les CLSC offrent également des services de soins palliatifs dans le cadre de leur programme de soutien à domicile. La priorité est habituellement accordée aux personnes en fin de vie. Parmi les services offerts, on retrouve des services d'aide et d'assistance, de gardiennage, d'aide domestique, de soutien psychosocial, des soins infirmiers et des services médicaux. Les liens entre le service de soutien à domicile des CLSC et celui des soins palliatifs en milieu hospitalier se développent de plus en plus, de sorte que l'urgence n'est plus un passage obligatoire pour les patients qui ne peuvent plus rester à domicile.

L'arrivée des infirmières consultant en soins palliatifs est un élément qui contribue grandement à la qualité des soins palliatifs. Ces nouvelles intervenantes offrent des consultations cliniques aux membres des équipes œuvrant dans les différents établissements des CSSS. Elles soutiennent les équipes et peuvent rencontrer les patients et familles au besoin.

Enfin, plusieurs organismes communautaires et bénévoles offrent des services d'accompagnement et de soutien à la personne en situation de fin de vie. Quelques organismes, répartis dans la majorité des sous-régions du territoire, offrent une programmation spécifique en soins palliatifs. Par exemple, la Maison Victor-Gadbois est un organisme sans but lucratif offrant un programme d'intervention globale auprès des personnes en situation de fin de vie. Elle accueille annuellement de 160 à 200 personnes, référées à parts égales par les CLSC et les hôpitaux de la région.

## 2.4 LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Par rapport aux autres régions du Québec, la Montérégie dispose de moins de médecins omnipraticiens et spécialistes. On compte, par 100 000 habitants, 81 omnipraticiens et 54 spécialistes dans la région, alors que ce taux se situe à 94 omnipraticiens et 94 spécialistes en moyenne pour le Québec.

Le manque relatif de médecins omnipraticiens a un impact important sur la clientèle en oncologie. En effet, sans médecin de famille, il est difficile pour les personnes de trouver une porte d'accès aux services diagnostiques et d'investigation. De plus, après avoir subi des interventions ou traitements, le suivi médical par un omnipraticien étant souvent inaccessible, les personnes doivent alors maintenir un lien avec l'oncologue ou le chirurgien de l'hôpital. Cette situation amène une utilisation inefficace des ressources médicales spécialisées et contraint souvent le patient à des déplacements hors de son secteur de résidence.

Pour ce qui est des médecins spécialistes, leur nombre restreint a notamment pour effet de rendre l'offre des services très précaire dans certains hôpitaux. Il n'est pas rare de retrouver dans un établissement un seul spécialiste par discipline. Par exemple, suite au départ du seul hémato-oncologue à l'Hôpital du Suroît, une entente a dû être conclue avec le centre régional pour qu'un de ses médecins spécialistes assure des services sur place une fois par semaine. Les autres jours, les patients sont suivis par l'équipe interdisciplinaire, qui peut toutefois contacter l'oncologue en cas de besoin.

### **En spécialité**

Au cours de la dernière année, la Table régionale des chefs de médecine spécialisée (TRCDMS) s'est préoccupée de l'organisation des services en hémato-oncologie. Elle a discuté avec les chefs d'hémato-oncologie afin de trouver des pistes de solution pour soutenir les établissements ayant un petit nombre d'oncologues, et pour améliorer l'accessibilité aux services à proximité du milieu de vie des populations des onze RLS Montérégien.

Le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en hématologie est de 24. Quatre de nos hôpitaux comptent un seul hématologue. Le nombre restreint de médecins dans ces hôpitaux a notamment pour effet de fragiliser l'offre de service. Il y a actuellement 22 hématologues répartis dans neuf des hôpitaux de la Montérégie, et plusieurs de ces spécialistes ont plus de 30 ans de pratique.

| Hôpital                          | Hôpital Anna Laberge | Hôpital du Suroît | Hôpital Pierre-Boucher | HCLM | Hôpital Hotel-Dieu-de-Sorel | BMP | Hôpital de Granby | Hôpital Honoré Mercier | Haut-Richelieu-Rouville | Montérégie |
|----------------------------------|----------------------|-------------------|------------------------|------|-----------------------------|-----|-------------------|------------------------|-------------------------|------------|
| PEM                              | 2                    | 1                 | 3                      | 9    | 1                           | 1   | 1                 | 3                      | 3                       | 24         |
| Effectifs en place<br>5 mai 2010 | 2                    | 0                 | 2                      | 10   | 1                           | 1   | 1                 | 2                      | 2                       | 22         |
| Postes vacants                   | 0                    | 1                 | 1                      | 0    | 0                           | 0   | 0                 | 1                      | 0                       | 3          |

De plus, récemment, dans le cadre d'élaboration des PREM, le MSSS a demandé à chacune des agences en collaboration avec leur TRCDMS et la Table des Directeurs des services professionnels (TDSP), une planification quinquennale (2011-2015) des effectifs médicaux spécialisés. Cette planification devra tenir compte notamment de l'ouverture prochaine du centre de radio-oncologie en Montérégie, du rapatriement des clientèles montérégiennes qui consomment des services à Montréal, ainsi que de plusieurs autres éléments qui ont des effets sur l'organisation et la planification des effectifs médicaux. Des principes de hiérarchisation des services, de complémentarité des établissements et de réseautage des équipes médicales afin de créer des masses critiques viables, appuieront également le futur exercice d'élaboration des PREM.

### En omnipratique

On compte 1200 médecins omnipraticiens pratiquant en Montérégie. En 2009-2010, nous avons comblé tous les postes des nouveaux facturants octroyés par le MSSS. Malgré le fait que chaque CSSS a recruté au moins un médecin, certains territoires vivent une pénurie telle que cela a un impact important pour la clientèle en oncologie. En effet, sans médecin de famille, il est difficile pour les personnes de trouver une porte d'accès aux services diagnostiques et d'investigation. De plus, après avoir subi des interventions ou traitements, le suivi médical par un omnipraticien étant souvent inaccessible, les personnes doivent alors maintenir un lien avec l'oncologue ou le chirurgien de l'hôpital.

L'Agence et le Département régional de médecine générale (DRMG) travaillent actuellement sur un nouveau modèle de répartition des effectifs en omnipratique, favorisant l'équité intrarégionale ainsi que la consolidation des équipes pour chacun des territoires.

Outre la problématique de main-d'œuvre médicale, le renforcement des activités de coordination assurant le transfert des patients du médecin omnipraticien vers le médecin spécialiste et vice-versa, devra également s'actualiser afin que les patients puissent avoir accès à des soins et services dans les meilleurs délais possibles, tout en favorisant l'optimisation des ressources.

## 2.5 LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE, DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

### La surveillance

La surveillance du cancer en Montérégie s'effectue avec les banques de données administratives, notamment le Fichier des tumeurs du Québec, le fichier des décès et le fichier Med-Écho (hospitalisations). Différents indicateurs sont utilisés pour suivre les tendances temporelles et observer des variations géographiques de l'incidence du cancer, ainsi que des décès et des hospitalisations pour cette cause. Des données sont aussi disponibles sur les facteurs de risque associés au cancer, par les enquêtes de santé, notamment sur le tabagisme, l'alimentation et l'exercice physique.

Le projet de registre régional du cancer en Montérégie ne s'est pas concrétisé, mais un projet est en cours au Ministère de la Santé et des Services sociaux pour rehausser la qualité du Fichier des tumeurs du Québec. Les améliorations projetées devraient permettre de suivre les progrès de la lutte contre le cancer en Montérégie et ailleurs au Québec. Les changements les plus importants portent sur l'ajout des rapports de pathologie comme source de données pour augmenter l'exhaustivité du Fichier et sur la collecte d'information sur le stade du cancer.

Par ailleurs, des registres locaux sont en implantation dans trois établissements de la Montérégie, utilisant l'application SARDO (Système d'archivage de données en oncologie). Ces registres locaux du cancer visent à mieux connaître et à évaluer l'ensemble des soins et services en oncologie de l'établissement. La mise en place de ces registres locaux constitue un élément important d'un programme de lutte contre le cancer et s'insère dans le cadre du Registre québécois du cancer.

### La recherche

Les activités de recherche dans la région sont concentrées au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne. Un premier volet de la recherche porte sur l'efficacité des interventions en oncologie, que ce soit pour l'ensemble de la population ou encore à l'échelle individuelle. Plusieurs projets sont en cours et portent sur des sujets, telles les conséquences de l'anémie dans le cancer colorectal, l'évaluation des bénéfices pour la population du réseau intégré de services en oncologie et les impacts économiques de nouvelles techniques d'investigation. La Direction de santé publique mène aussi certains projets, notamment celui touchant l'évaluation de la faisabilité d'un programme de dépistage systématique du cancer colorectal.

Le second volet concerne la recherche clinique. Une importante équipe de recherche clinique, avec sept personnes à temps plein, est active à l'Hôpital Charles LeMoyne. On dénombre près d'une quarantaine de protocoles de recherche actifs auxquels participent plus de 100 sujets. La recherche concerne les sites tumoraux traités au sein de l'établissement et vise à offrir de nouveaux traitements de pointe aux patients qui le désirent. Il est aussi possible d'élargir la participation à cette recherche aux patients traités dans les autres hôpitaux de la région.

## L'évaluation et l'assurance-qualité

En 2007, la DSP a réalisé l'évaluation de l'organisation des CRID de la région, conduisant à quelques changements. Un suivi des recommandations découlant de cette évaluation est effectué périodiquement.

Le comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) a été remplacé par un responsable local d'assurance qualité dans chacun des CRID et des CDD, avec qui les liens sont assurés.

Dans le cadre de l'évaluation normative, le CCSR produit une rétroaction aux 14 CDD et aux 7 CRID sous forme d'un rapport bisannuel de leurs activités et compare les résultats aux normes du cadre de référence du PQDCS.

Relativement à la recherche évaluative, un projet a évalué, en 2002, l'impact d'une deuxième lettre de relance sur la participation à la mammographie de dépistage chez des femmes n'ayant pas répondu à une 1<sup>re</sup> lettre d'invitation ainsi qu'à une première lettre de relance dans le cadre du PQDCS en Montérégie. Les résultats de cette étude ont démontré que l'envoi d'une 2<sup>e</sup> lettre de relance est efficace afin d'augmenter le recours à la mammographie de dépistage. En effet, 9,5 % des femmes ayant reçu une 2<sup>e</sup> lettre de relance avaient obtenu une mammographie de dépistage 6 mois après l'envoi de la lettre, contre 5,6 % chez les femmes n'ayant pas reçu une 2<sup>e</sup> lettre de relance. Cette différence s'est avérée significative. Suite à cette étude, et depuis novembre 2004, toutes les femmes n'ayant pas répondu à une 1<sup>re</sup> invitation et à une 1<sup>re</sup> relance reçoivent désormais une 2<sup>e</sup> lettre de relance après une période de 2 ans.

D'autre part, des projets de recherche évaluative sont en cours, dont une analyse qualitative qui porte sur le consentement des personnes à participer au PQDCS et un projet portant sur l'évaluation de la satisfaction des femmes qui ont obtenu des examens de dépistage ou des examens complémentaires dans les centres désignés de la Montérégie.

## 2.6 LES MÉCANISMES DE CONCERTATION

La structure de concertation élaborée au fil des ans en Montérégie est, à notre connaissance, unique au Québec (Annexe 3).

La gestion globale du RCM est assurée par un *comité de concertation*. Celui-ci est formé de deux gestionnaires de l'Agence (coordonnatrice en santé physique et directeur de DAMUPP) et des trois cogestionnaires du RCM (chef clinico-administratif du CICM, chef médical du CICM et la professionnelle responsable du programme régional LCC à l'Agence). Le comité de coordination constitue le lieu privilégié où sont discutées les grandes orientations du programme régional de lutte contre le cancer, les stratégies d'implantation associées ainsi que la gestion des ressources engagées dans le RCM. Les membres du comité assurent, auprès de leurs pairs, la transmission des informations et des décisions qui y sont adoptées.

Le *comité de coordination* a été mis sur pied dans la foulée des recommandations du Programme québécois de lutte contre le cancer. Ce comité regroupe des intervenants de différentes disciplines professionnelles et de diverses catégories d'établissements, des représentants d'organismes communautaires et bénévoles ainsi que des personnes atteintes. Ses principaux mandats sont les suivants :

- S'assurer du développement du RCM en harmonie avec les orientations régionales et provinciales
- Discuter du choix des projets et activités en lien avec tous les établissements du RCM
- Proposer à l'Agence les priorités du RCM en lien avec les priorités régionales et provinciales
- Soutenir des mécanismes fonctionnels et de continuité de soins entre tous les partenaires du RCM (les CSSS et les partenaires du réseau)
- Discuter et approuver les orientations cliniques, scientifiques et administratives du RCM
- Discuter et approuver les projets de développement à l'intérieur du RCM et les priorités

Chacune des équipes locales est administrée par un tandem de gestionnaires : un chef clinico-administratif et un chef médical. Deux comités régionaux sont en place pour regrouper les cogestionnaires des équipes locales de chacun des CSSS. Le *comité régional des chefs médicaux* est composé de tous chefs médicaux de la région et est présidé par le directeur médical du RCM et la responsable du programme régional à l'Agence. Le *comité régional des chefs clinico-administratifs* est composé des gestionnaires des programmes de LCC de chaque CSSS et est présidé par la chef clinico-administratif du CICM et la responsable du programme régional à l'Agence.

Enfin, des *comités régionaux d'experts* regroupent, par type de profession, les intervenants en provenance des équipes interdisciplinaires d'oncologie et de soins palliatifs. Il existe des comités régionaux pour les pharmaciens, les infirmières pivots, les infirmières consultant en soins palliatifs, les travailleuses sociales (hôpitaux et CLSC), les psychologues, les physiothérapeutes et les nutritionnistes. La mise sur pied des différents comités régionaux par discipline vise à concrétiser l'adhésion des acteurs au RCM et à faciliter la réalisation des objectifs du PQLC liés à la concertation des acteurs, à l'harmonisation de l'offre de services, à la standardisation des pratiques et à l'amélioration de leur qualité (Annexe 6).

De façon plus spécifique, le mandat de chaque comité régional d'experts se résume ainsi :

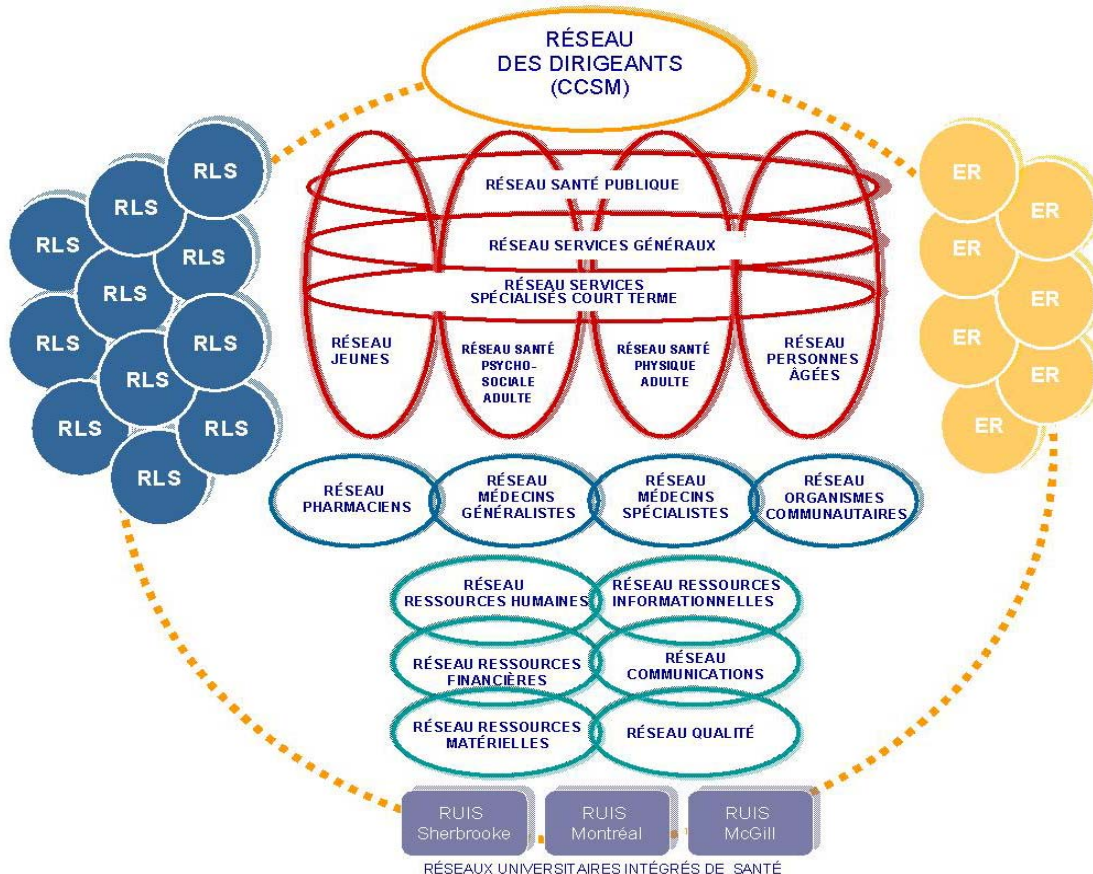
- créer un réseau de personnes de référence ayant une expertise en oncologie dans leur champ de compétences respectif;
- proposer des solutions afin d'optimiser les pratiques en définissant ou en adaptant des standards et des normes de pratique (outils de travail, protocoles d'intervention ou de suivi, soutien mutuel, etc.);
- proposer des solutions afin d'optimiser l'offre de services en identifiant les différents niveaux de services qui devraient être disponibles pour tous les Montérégiens (local, régional et suprarégional);
- proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services entre les différents niveaux (local et régional), entre les partenaires locaux et à l'intérieur de l'établissement;

- faciliter la mise sur pied des équipes interdisciplinaires d'oncologie et la collaboration avec les responsables des services locaux, régionaux et suprarégionaux en matière d'investigation, de traitement, d'adaptation, de soutien et de soins palliatifs;
- évaluer les besoins de formation et de diffusion de l'information afin d'améliorer leur propre pratique et celle de leurs collègues;
- fournir des avis au RCM sur toute problématique relevant de leur compétence.

En Montérégie, l'Agence s'est dotée d'une structure participative en mettant en place des réseaux clinico-administratifs (RCA). Ces réseaux sont composés de gestionnaires des établissements, d'experts cliniques et de membres de l'Agence. Les RCA agissent comme un lieu privilégié d'appropriation afin de faire avancer les pratiques clinico-administratives par continuum de soins et services autour d'enjeux régionaux. Un courtier de connaissances est dédié par RCA et a comme fonction notamment de faire la recension des écrits et des meilleures pratiques. La lutte contre le cancer est reliée au RCA santé physique.

Les projets sont développés par les sous-comités et sont ensuite présentés au RCA. Le RCA émet ses recommandations au comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM). Ce comité, composé des directeurs généraux des CSSS et des établissements régionaux de la Montérégie ainsi que du comité de direction de l'Agence approuve les recommandations du RCA et prend la décision finale.

#### Structure décisionnelle de la Montérégie





## 3. L'ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION 2004–2007

Nous présentons ici le tableau décrivant la liste des actions proposées dans le cadre du plan d'action 2004-2007 avec la description des activités réalisées depuis 2004 afin d'atteindre les résultats attendus.

### 3.1 ACTIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE SERVICES

#### L'organisation locale des services

| ACTIONS  | RESPONSABLE                                  | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | RÉSULTATS | CIBLE ATTEINTE |
|--|--|---|-----------|----------------|
| 1. Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire locale d'oncologie dans chacun des RLS ayant un hôpital qui offre des services d'oncologie <sup>12</sup> , dans le respect des orientations régionales et nationales. | Instance locale                              | N <sup>bre</sup> d'équipes locales déployées et opérationnelles.                                      | 11        | OUI            |
| 2. Désigner un coordonnateur local du programme cancer au sein de la nouvelle instance locale <sup>20</sup> .  | Instance locale                              | N <sup>bre</sup> de coordonnateurs désignés.  | 11        | OUI            |
| 3. Procéder, selon les normes définies par le MSSS, à l'accréditation des équipes interdisciplinaires locales.   | Agence                                       | N <sup>bre</sup> d'équipes accréditées (au moins 1/3 d'ici mars 2005).                                | 11        | OUI            |
| 4. Préciser l'offre globale de services en oncologie associée à l'équipe interdisciplinaire locale <sup>13</sup> .   | Instance locale<br>Équipe locale d'oncologie | Énoncé de programmation locale, incluant l'identification des niveaux de responsabilités des acteurs. | 10        | OUI            |

<sup>12</sup> La notion de RLS réfère à un modèle d'organisation impliquant, pour un territoire donné, une responsabilité populationnelle partagée par des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et ses divers partenaires (ex. : organismes communautaires, intersectorialité, etc.). Quant à l'instance locale, celle-ci résulte de la fusion des établissements assumant les missions CLSC, CHSLD et CHSGS. La mission CHSGS peut être exclue suivant certaines conditions. Dans un tel cas, il faudra convenir de la responsabilité distincte de l'instance locale et du CHSGS n'y faisant pas partie.

<sup>13</sup> En regard des services spécialisés en oncologie, la programmation locale (en lien avec l'instance) devra s'arrimer avec celle réalisée au plan régional, de manière à assurer une organisation intégrée et hiérarchisée des services au bénéfice de la population montréalaise.

| ACTIONS  | RESPONSABLE                                  | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | RÉSULTATS | CIBLE ATTEINTE |
|--|--|---|-----------|----------------|
| 5. Définir les modalités de référence, de communication et de suivi conjoint de patients au sein de l'instance locale (pouvant donner lieu à l'élaboration et à l'adoption d'outils standardisés). | Instance locale<br>Équipe locale d'oncologie | Guide de référence et de transfert entre les missions/services regroupés au sein de l'instance. |           | En cours       |

| ACTIONS   | RESPONSABLE                            | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE |
|---|--|---|----------------|
| 6. Définir les modalités de référence, de communication et de suivi conjoint de patients au sein du réseau local, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'accès à l'équipe interdisciplinaire locale d'oncologie pour les patients des médecins omnipraticiens;</li> <li>▪ l'accès avec plateaux techniques d'investigation.</li> </ul>    | Instance locale<br><br>Instance locale | Mécanisme de liaison.<br><br>Guide de référence pour l'accès aux plateaux techniques. | OUI<br><br>OUI |
| 7. Définir les modalités de référence, de communication et de suivi conjoint de patients entre l'instance locale et d'autres instances (locale, régionale ou suprarégionale) offrant des services spécialisés ou surspécialisés non disponibles au sein de l'instance locale (pouvant donner lieu à l'élaboration et à l'adoption d'outils standardisés). | Instance locale                        | Guide de référence et de transfert, ententes de services, etc.                        | OUI            |

### L'organisation régionale des services

| ACTIONS   | RESPONSABLE             | INDICATEURS DE RÉSULTATS   | CIBLE ATTEINTE |
|---|-------------------------|--|----------------|
| 8. Finaliser la mise sur pied de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie à l'hôpital régional d'oncologie.  | Hôpital Charles LeMoyne | Équipe régionale opérationnelle.   | OUI            |
| 9. Procéder, selon les normes définies par le MSSS, à l'accréditation de l'équipe interdisciplinaire régionale.   | Agence                  | Équipe régionale accréditée.   | OUI            |
| 10. Préciser l'offre globale de services spécialisés et surspécialisés en oncologie du CHSGS régional, ainsi que ceux non disponibles dans les CHSGS des instances locales (selon les normes et standards établis). | Hôpital Charles LeMoyne | Énoncé de programmation spécialisée et surspécialisée à l'échelle régionale, incluant l'identification des niveaux de responsabilités des acteurs. | OUI            |

| ACTIONS  | RESPONSABLE                          | INDICATEURS DE RÉSULTATS   | CIBLE ATTEINTE |
|--|--------------------------------------|--|----------------|
| 11. Définir les modalités de référence, de communication et de suivi conjoint de patients recevant des services spécialisés disponibles à l'échelle régionale ou suprarégionale (pouvant donner lieu à l'élaboration et à l'adoption d'outils standardisés). | Agence<br>Hôpital Charles<br>LeMoyne | Guide de référence et de transfert entre les établissements de la région ou avec des établissements hors région. | En cours       |
| 12. Établir des ententes formelles de services avec les hôpitaux pédiatriques universitaires.  | Agence                               | Ententes formelles de services entre les établissements ou les instances concernées.                             | OUI            |

## 3.2 ACTIONS RELATIVES À LA GAMME ET AU CONTINUUM DE SERVICES

### La programmation des services

#### *La promotion de la santé et la prévention du cancer*

| ACTIONS  | RESPONSABLE                                       | INDICATEURS DE RÉSULTATS   |
|--|---|--|
| 1. Promouvoir une alimentation saine en <sup>14</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implantant, au moins, une action concertée dans chaque réseau local, visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé;</li> <li>▪ implantant une politique alimentaire dans, au moins, 10 % des écoles, des centres d'éducation aux adultes, des centres de formation professionnelle et de cégeps ainsi que 15 % des milieux de travail de plus de 100 employés;</li> <li>▪ offrant un counselling sur les habitudes alimentaires.</li> </ul> | Agence, DSP<br>Instance locale<br>Milieu scolaire | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Au moins une action concertée visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé a été implantée dans tous les territoires de CLSC</li> <li>✓ 15 commissions scolaires ont adopté une politique alimentaire</li> <li>✓ 29% des écoles publiques ont amorcé l'implantation d'une politique alimentaire</li> </ul> |
| 2. Réduire le tabagisme en <sup>22</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ offrant des services de cessation tabagique dans tous les réseaux locaux;</li> </ul>   | Agence, DSP<br>Instance locale                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les services de cessation tabagique sont accessibles dans tous les CLSC</li> <li>✓ Deux activités de promotion de la cessation tabagique ont eu lieu</li> </ul>   |

<sup>14</sup> La prévention des maladies chroniques, dont le cancer, doit privilégier un éventail d'activités, telles que l'éducation à la santé, la création d'environnements favorables et l'organisation des services préventifs autour des trois grands objectifs que sont l'activité physique, la saine alimentation, le non-tabagisme, et ce, dans une perspective intégrée.

| ACTIONS   | RESPONSABLE  | INDICATEURS DE RÉSULTATS   |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ organisant des activités de promotion de la cessation tabagique annuellement dans chaque réseau local;</li> <li>▪ habilitant 80 % des professionnels de la santé des réseaux locaux intervenant auprès des jeunes, des adultes et des personnes âgées à utiliser l'intervention minimale ou brève.</li> </ul>  |  | <p>annuellement dans chaque territoire de CSSS</p> <p>✓ 80 % ou plus des professionnels de la santé ciblés de 9 CSSS sur 11 intervenants auprès des jeunes, des adultes et des personnes âgées, en CSSS, ont été habilités à utiliser l'intervention minimale ou brève</p>   |
| <p>3. Réduire l'exposition à des produits cancérigènes dans l'environnement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implantant les orientations du MSSS et de la CSST concernant l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements d'enseignement et de santé ciblés;</li> <li>▪ tenant compte de la présence d'agents cancérigènes lors de l'élaboration des programmes de santé spécifiques aux établissements de travail;</li> <li>▪ mettant en place une stratégie régionale relative à l'exposition au radon domiciliaire;</li> <li>▪ effectuant des activités de communication auprès des parents sur les moyens efficaces pour protéger les enfants contre les rayons ultraviolets, dans chaque réseau local.</li> </ul> | <p>Agence, DSP<br/>Instance locale<br/>MSSS<br/>CSST<br/>Milieu scolaire<br/>Milieu de travail</p> | <p>✓ Les activités prévues pour le volet santé des projets provinciaux ciblant des risques spécifiques ou un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier ont été réalisées et évaluées en fonction des objectifs spécifiques à chaque projet</p> <p>Amiante : 100 % de travailleurs du secteur de la construction ont été rejoints</p> <p>38 % de ces travailleurs ont reçu un RX pulmonaire</p> <p>✓ La DSP a réalisé la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des substances cancérigènes en milieu de travail (séances d'information et activité de formation)</p> <p>✓ La DSP a contribué au comité de travail MSSS et Santé Canada sur la Stratégie nationale sur le radon</p> <p>✓ La DSP a collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire</p> <p>✓ La DSP a soutenu les communautés (par exemple : CRÉ, MRC, comités environnementaux, VVS) dans des approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport actif</p> <p>✓ Des activités de communication, ciblant les parents, sur les moyens efficaces pour protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets ont été réalisées dans tous les territoires de CSSS</p> |

| ACTIONS  | RESPONSABLE   | INDICATEURS DE RÉSULTATS  |
|--|---|---|
| 4. Promouvoir l'activité physique en <sup>22</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implantant des programmes visant la création d'environnements favorables et d'augmenter les occasions de pratique d'activité physique dans des écoles, des milieux de travail, des milieux de vie des personnes âgées et des municipalités.</li> </ul> | Agence, DSP<br>Instance locale<br>Milieu scolaire<br>Municipalité | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 188 écoles publiques et privées ont participé à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique</li> <li>✓ 70 % des municipalités ayant des ressources permanentes en loisir et 11 % des municipalités sans ressources permanentes en loisir ont participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec</li> </ul>  |
| 5. Soutenir les campagnes de communication sociétales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie par la mise en œuvre d'activités dans tous les territoires de CLSC.   | Agence, DSP<br>Instance locale                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 100 milieux de vie des adultes (milieu de travail, municipalité, cégep, centre d'éducation des adultes) ont amorcé l'implantation du programme 0-5-30</li> <li>✓ 25 milieux de vie des aînés (résidences privées, centres de jour, organismes communautaires ciblés) ont amorcé l'implantation du programme 0-5-30</li> <li>✓ 28 municipalités avec des ressources permanentes en loisirs ont été sensibilisées à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés</li> <li>✓ 96 groupes de personnes âgées ont bénéficié annuellement de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i></li> <li>✓ Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie ont été mises en œuvre dans tous les territoires de CSSS</li> </ul> |

### Le dépistage

| ACTIONS   | RESPONSABLE                               | INDICATEURS DE RÉSULTATS   | CIBLE ATTEINTE  |
|---|---|--|---|
| 6. Intensifier les activités de recrutement et de promotion de la participation au PQDCS. | Agence, DSP<br>Instance locale<br>Médecin | Taux de participation des femmes éligibles.<br>Taux de fidélité.<br>Mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50-59 ans. | Le taux de participation au PQDCS est passé de 50 % en 2002 à 57%en 2008. |

| <b>ACTIONS</b>   | <b>RESPONSABLE</b>                        | <b>INDICATEURS DE RÉSULTATS</b>  | <b>CIBLE ATTEINTE</b> |
|--|---|--|-----------------------|
| 7. Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives, telle la détection du cancer du col. | Agence, DSP<br>Instance locale<br>Médecin | N <sup>bre</sup> de réseaux locaux où des activités encourageant le recours à la détection du cancer du col ont eu lieu. | Continu               |

***L'investigation, le diagnostic et le traitement***

| <b>ACTIONS</b>  | <b>RESPONSABLE</b>                          | <b>INDICATEURS DE RÉSULTATS</b>   | <b>CIBLE ATTEINTE</b>   |
|---|---|---|---|
| 8. S'assurer que le plan régional des effectifs médicaux est conforme aux besoins de services en oncologie : médecin généraliste, radiologiste, oncologue, radio-oncologue, etc.  | Agence<br>MSSS                              | N <sup>bre</sup> de médecins disponibles.<br>Taux de réponse (n <sup>bre</sup> requis vs n <sup>bre</sup> disponible).      | Continu   |
| 9. Évaluer la possibilité de reconnaître comme activités médicales prioritaires (AMP), les actes médicaux réalisés par les médecins omnipraticiens auprès de la clientèle oncologique.  | Agence<br>DRMG                              | Étude particulière (besoins de services, accessibilité aux généralistes, profil de pratique, etc.).                         | Ces actes ne sont pas reconnus comme AMP.   |
| 10. Prioriser l'accès, pour la clientèle oncologique, aux analyses et examens requis à l'investigation et au diagnostic.  | Instance locale<br>CHSGS régional           | N <sup>bre</sup> de personnes en liste d'attente.   | Depuis 2008, l'accès à la biopsie du sein avec la technique de macrobiopsie d'aspiration au CRID de l'Hôpital Charles-LeMoynes. |
| 11. Évaluer l'impact, en termes d'adéquation de l'offre de services professionnels aux besoins identifiés et selon les normes et standards reconnus, de l'augmentation du volume de patients en oncologie.  | Instance locale<br>CHSGS régional<br>Agence | Taux de réponse aux besoins par spécialités : infirmière, infirmière pivot, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, etc. | Continu   |
| 12. Améliorer la capacité du CHSGS régional à remplir son mandat au niveau de l'offre de services spécialisés et surspécialisés, en particulier par l'augmentation des disponibilités opératoires pour la clientèle oncologique, la radio-oncologie et la greffe autologue. | CHSGS régional<br>Agence                    | Volume d'hospitalisations en médecine et en chirurgie (spécialisés et surspécialisés – niveau 3 oncologie).                 | En cours  |

| ACTIONS   | RESPONSABLE                     | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE |
|---|---------------------------------|---|----------------|
| 13. Augmenter la capacité de l'offre de services en soins infirmiers pour la clientèle oncologique en CLSC (soutien à domicile et services courants). | Instance locale<br>Mission CLSC | N <sup>bre</sup> de clients desservis (taux).<br>N <sup>bre</sup> d'interventions (taux). | En cours       |

**Les services de soutien**

| ACTIONS  | RESPONSABLE   | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE   |
|--|---|---|--|
| 14. Prévoir un nombre suffisant d'infirmières pivots spécialisées au sein des réseaux locaux (considérant leur rôle central dans l'accompagnement des patients et de leurs proches tout au long de l'épisode de la maladie).   | Instance locale   | N <sup>bre</sup> d'infirmières pivots spécialisées au sein des RLS.<br>Ratio vs population totale/cible/desservie.  | En cours   |
| 15. Prioriser le développement, en nombre et en diversité, de mesures de soutien émotif, psychologique, social et spirituel pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.<br><br>Accorder une attention particulière aux activités d'information, aux groupes d'approches complémentaires, aux services communautaires et bénévoles ainsi qu'aux services de pastorale. | Instance locale<br>Acteurs des réseaux locaux<br>Agence | Gamme de services de soutien offerts.<br>N <sup>bre</sup> de services de soutien.<br>N <sup>bre</sup> de personnes desservies.<br>N <sup>bre</sup> d'interventions réalisées. | Depuis 2004, les infirmières pivots assurent le soutien des participantes au PQDCS. Approches complémentaires disponibles dans les centres CRID. |
| 16. Rendre permanente la contribution des intervenants psychosociaux spécialisés en oncologie dans les équipes locales, en tenant compte des conclusions du projet pilote en cours dans la région.   | Instance locale<br>Agence                               | N <sup>bre</sup> d'intervenants psychosociaux spécialisés en oncologie dans les équipes interdisciplinaires.<br>N <sup>bre</sup> de personnes desservies.                     | En cours   |
| 17. Augmenter la capacité de l'offre de services psychosociaux pour la clientèle oncologique en CLSC.  | Instance locale<br>Mission CLSC                         | N <sup>bre</sup> de clients desservis (taux).<br>N <sup>bre</sup> d'interventions (taux).   | En cours   |

**Les soins palliatifs et de fin de vie**

| <b>ACTIONS</b>   | <b>RESPONSABLE</b>                            | <b>INDICATEURS DE RÉSULTATS</b>  | <b>CIBLE ATTEINTE</b>  |
|--|---|--|--|
| 18. Réviser le rôle de l'infirmière de liaison et celui de l'infirmière pivot en oncologie dans la perspective d'optimiser leurs interventions respectives auprès des personnes nécessitant des soins palliatifs ou de fin de vie. | Instance locale                               | Énoncé de mandat pour l'infirmière de liaison et pour l'infirmière pivot en oncologie en regard des clientèles concernées.         | OUI  |
| 19. Définir l'offre de services de soutien en CHSGS, devant comprendre au minimum une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs.   | Instance locale (mission CHSGS)               | Rapport d'évaluation.  | En cours   |
| 20. Évaluer la possibilité de reconnaître comme activités médicales prioritaires (AMP), les actes médicaux réalisés par les médecins omnipraticiens auprès de la clientèle en phase terminale.                                     | Agence<br>DRMG                                | Étude particulière (besoins de services, accessibilité aux généralistes, profil de pratique, etc.).                                | Les activités de soins palliatifs sont reconnues aux fins d'AMP de niveau 6. |
| 21. Assurer l'accès, au plan régional, à une expertise clinique permettant d'obtenir un avis en regard de diverses questions d'ordre éthique.  | Instance locale<br>Agence                     | Désignation, au plan régional, d'une/de personne(s)-ressource(s) en matière d'éthique.   | Infirmière régionale en place  |
| 22. Évaluer la faisabilité de mettre en place un mode d'organisation et intégré en soins palliatifs et de fin de vie, avec des équipes interdisciplinaires et un fort réseautage avec les ressources du milieu.                    | Instances locales<br>Réseaux locaux<br>Agence | Processus de consultation auprès des partenaires concernés.<br>Détermination des orientations régionales et locales en la matière. | OUI  |

**3.3 ACTIONS RELATIVES AUX PRATIQUES ET À LA GOUVERNANCE CLINIQUES**

| <b>ACTIONS</b>   | <b>RESPONSABLE</b> | <b>INDICATEURS DE RÉSULTATS</b>  | <b>CIBLE ATTEINTE</b> |
|--|--------------------|--|-----------------------|
| 1. Formaliser, pour la région, la structure de gouvernance clinique en s'appuyant sur le leadership clinique du CICM (cette action implique une dissociation de la structure administrative de gouverne du programme cancer en Montérégie – voir section 4.4). | CICM<br>Agence     | Modèle de gouvernance clinique spécifiant les différentes structures et les responsabilités associées. | OUI                   |
| 2. Désigner un directeur médical régional, responsable du programme cancer en Montérégie (dimensions de gouvernance clinique).   | CICM<br>Agence     | Désignation d'un directeur médical.  | OUI                   |

| ACTIONS   | RESPONSABLE                       | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE      |
|---|-----------------------------------|---|---------------------|
| 3. Nommer un responsable médical dans chacune des équipes locales.  | Instance locale                   | Désignation d'un responsable médical.   | OUI                 |
| 4. Poursuivre la mise sur pied, à l'échelle régionale, des comités par spécialités (pharmacien, psychologue, intervenant social, oncologue, etc.).  | CICM                              | N <sup>bre</sup> de comités par profession en place.  | 12 comités en place |
| 5. Assurer l'accréditation des équipes selon les normes du MSSS.  | CICM<br>Agence                    | N <sup>bre</sup> d'équipes/comités accrédités.  | OUI                 |
| 6. Avec les comités régionaux par spécialités, élaborer/réviser les guides de pratiques et protocoles de soins selon les standards définis par les experts nationaux et les rendre disponibles aux intervenants concernés.  | CICM<br>Comités d'experts         | N <sup>bre</sup> de guides/protocoles révisés.<br>N <sup>bre</sup> d'équipes/comités procédant à la révision.                       | Continu             |
| 7. Instaurer les mécanismes de révision par les pairs (ex. : comités de thérapie, assurance-qualité, etc.).   | CICM<br>DSP's                     | Cadre de référence – mécanismes de révision par les pairs.  | Continu             |
| 8. Promouvoir la participation des membres des équipes interdisciplinaires à des comités de thérapies des cancers (locaux si disponibles, sinon régionaux).   | CICM                              | Mesures d'information et de sensibilisation mises de l'avant.<br>N <sup>bre</sup> et type de participants aux comités de thérapies. | Continu             |
| 9. Évaluer, prioritairement avec les établissements en grande pénurie de ressources professionnelles, les modes d'organisation des services en oncologie et proposer des réaménagements ou une réorganisation sécuritaire du travail afin d'optimiser les ressources disponibles.   | Instance locale<br>CICM<br>Agence | N <sup>bre</sup> de problématiques organisationnelles étudiées et résolues :<br>μ problèmes rencontrés;<br>μ solutions proposées.   | Continu             |
| 10. Favoriser le regroupement des patients hospitalisés nécessitant des traitements de chimiothérapie, de manière à utiliser de façon optimale les compétences des infirmières ayant reçu une formation spécifique aux soins des personnes atteintes de cancer et à leurs proches, notamment à l'administration de la chimiothérapie. | Instance locale<br>CICM           | N <sup>bre</sup> et type d'adaptations organisationnelles réalisées.  | En cours            |

### 3.4 ACTIONS RELATIVES À LA GOUVERNE RÉGIONALE

| ACTIONS   | RESPONSABLE                | INDICATEURS DE RÉSULTATS   | CIBLE ATTEINTE                    |
|---|----------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Mettre en place, en collaboration avec les membres actuels du comité directeur, la nouvelle structure de gouverne, y compris celle relative à la gouvernance clinique.   | Agence<br>CICM             | Structure de gouverne identifiant les instances, leur rôle et mandat.<br><br>Structure de gouvernance clinique identifiant les instances, leur rôle et mandat. | OUI<br><br>OUI                    |
| 2. Confier à l'Agence la responsabilité de gestion, au plan régional, du programme de lutte contre le cancer : coordination régionale des activités, arbitrage régional, reddition de comptes, évaluation globale de la performance.                          | Agence                     | Structure de gouverne identifiant les instances, leur rôle et mandat.  | OUI                               |
| 3. Désigner un responsable régional du programme de lutte contre le cancer au sein de l'Agence.   | Agence                     | Désignation d'un responsable régional du PRLC.   | OUI                               |
| 4. Désigner, au sein de la Direction de santé publique, un répondant régional du programme de lutte contre le cancer pour les aspects de promotion, prévention et protection.   | Agence<br>DSP              | Désignation d'un répondant régional du PRLC pour les aspects de promotion, prévention et protection.   | OUI                               |
| 5. Mettre en place un mécanisme de coordination, au sein de l'Agence, qui favorise la mise en commun de l'expertise couvrant l'ensemble du continuum de services déployé dans la lutte contre le cancer (programme ou continuum d'intervention).              | Agence                     | Mécanismes de coordination (comités, etc.).  | OUI                               |
| 6. Maintenir un comité directeur, composé d'un nombre restreint de gestionnaires, de cliniciens et de représentants de l'Agence, qui assume un rôle avisier auprès du conseil d'administration de l'Agence dans la mise en œuvre du PRLC.                     | Agence                     | Comité directeur en fonction.<br><br>Composition.  | OUI                               |
| 7. Revoir le mandat et la composition d'un comité régional de lutte contre le cancer (maintenir une structure de consultation élargie qui favorise la participation des personnes atteintes, des proches et des organismes voués à la lutte contre le cancer. | Agence<br>Comité directeur | Rôle et mandats du comité régional de lutte contre le cancer.  | OUI<br><br>comité de coordination |

### 3.5 ACTIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

| ACTIONS   | RESPONSABLE  | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE |
|---|--|---|----------------|
| 1. Poursuivre les différentes activités de surveillance, de recherche et d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ registre régional des tumeurs en lien avec les travaux provinciaux;</li> <li>▪ PQDCS (participation de la population, consentement, impact d'une deuxième relance);</li> <li>▪ pratiques cliniques préventives;</li> <li>▪ demande et offre de services psychosociaux.</li> </ul>  | DSP  | Production de rapport de recherche.<br><br>Diffusion/publication des résultats. | Continu        |
| 2. Poursuivre les activités régionales associées à l'assurance-qualité du PQDCS.  | DSP  | Production de rapport de recherche.<br><br>Diffusion/publication des résultats. | Continu        |
| 3. Améliorer la capacité informationnelle associée aux activités de lutte contre le cancer en vue d'assurer : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un accès aux informations relatives aux activités ambulatoires en oncologie;</li> <li>▪ le monitoring continue de la qualité du système de lutte contre le cancer dans la région;</li> <li>▪ une utilisation optimale de ces informations dans la perspective du développement d'un dossier patient oncologique unique et partagé (en tenant compte de la plateforme informationnelle à être développée au sein des nouvelles instances locales).</li> </ul> | Agence   | Inventaire des sources d'information disponibles et standardisées.              | Continu        |
| 4. Favoriser le développement des activités du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne relatives à l'efficacité des interventions en oncologie et à l'amélioration des protocoles cliniques.   | Agence<br><br>Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne | Collaboration des instances de gouverne et de gouvernance clinique.             | Continu        |
| 5. Développer un programme intégré de formation auprès des intervenants œuvrant en oncologie de manière à soutenir la réalisation de l'ensemble des mesures proposées dans le présent plan d'action.  | CICM en collaboration avec Agence                              | Programme de formation régional.  | OUI            |

| ACTIONS   | RESPONSABLE                       | INDICATEURS DE RÉSULTATS  | CIBLE ATTEINTE |
|---|-----------------------------------|---|----------------|
| 6. Améliorer la diffusion et la circulation des informations et des connaissances en matière de lutte contre le cancer (cliniques, administratives, etc.) dont l'accès aux protocoles de recherche à l'ensemble des hôpitaux. | CICM en collaboration avec Agence | Diverses mesures de communication et de partage des connaissances, telles :<br><br>(site électronique – PRLC; OEIL<br><br>μ bulletins (RCM, CICM, etc.);<br><br>✓ journées thématiques. | Continu        |
| 7. Assurer le monitoring des mesures proposées dans le présent plan d'action (choix et suivi d'indicateurs de résultats).   | CICM en collaboration avec Agence | Rapports d'étape illustrant le degré d'atteinte des indicateurs de résultats.   | Continu        |

## 4. LES VISÉES DU PLAN D'ACTION 2010–2012

---

### 4.1 LES PRINCIPES MIS DE L'AVANT

Pour tous les services dispensés dans le cadre de la lutte contre le cancer, nous souhaitons mobiliser l'ensemble des acteurs de la région autour d'une vision commune qui est basée sur le respect des principes suivant :

- l'autonomie et le respect des personnes : la personne atteinte est la première à pouvoir cheminer vers son mieux-être. Les intervenants qui l'entourent sont disponibles pour l'informer, l'aider à prendre ses propres décisions et lui offrir les meilleurs services possible selon les ressources disponibles;
- la globalité des besoins : il faut considérer la globalité des besoins de l'individu et de son entourage. Cela implique de tenir compte des dimensions biopsychosociales et spirituelles et de travailler en partenariat avec la famille et les proches;
- le droit à des services de qualité : la population est en droit de recevoir des services qui répondent aux normes de qualité les plus élevées.

La qualité des services offerts à la population est conditionnée par de multiples facteurs, telle la disponibilité du service, son accessibilité, des pratiques cliniques respectant les standards les plus élevés, des rapports humains empreints de respect et de courtoisie et un environnement physique adapté. Notre vision reconnaît de façon particulière que l'ensemble des intervenants qui sont appelés à travailler avec des personnes atteintes de cancer et leurs proches doit pouvoir obtenir, sous différentes formes, les informations, la formation et le soutien nécessaires à la pleine réalisation de leur rôle.

### 4.2 L'OBJECTIF GÉNÉRAL ET LES ENJEUX PRIORITAIRES

#### L'objectif général

L'objectif ultime du programme de lutte contre le cancer en Montérégie et du plan d'action qui en découle est de diminuer l'incidence du cancer et d'améliorer le traitement des personnes atteintes, afin de réduire la mortalité et de s'assurer que toutes les personnes atteintes ainsi que leurs proches se sentent aidées, écoutées, soutenues et soulagées jusqu'à la fin de vie, voire au-delà pour ceux qui vivent un deuil. Pour y arriver, nous devons être en mesure d'offrir une

gamme étendue de services de qualité, disponibles dans la mesure du possible dans le milieu de vie des personnes atteintes et au moment où ils sont requis.

## 4.3 LES ENJEUX PRIORITAIRES POUR LA RÉGION

Afin d'implanter le PQLC et d'avancer vers l'atteinte de notre objectif ultime, nous avons identifié les enjeux que nous considérons prioritaires pour la région au cours des prochaines années. Ces grands objectifs découlent des constats émergeant de l'état de situation réalisé pour notre région (besoins de santé, offre de services, organisation de services et structures en place) ainsi que des travaux de planification effectués par les comités mandatés par le CRLC. Les activités du plan d'action montérégien pour 2010-2012 sont regroupées selon les cinq axes d'intervention du Programme québécois de lutte contre le cancer.

### *Cinq axes*

1. Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée.
2. Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer le prévenir.
3. Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services.
4. Soutenir l'évolution des pratiques.
5. Évaluer l'atteinte des résultats.

**Le plan d'action régional se divise en deux volets décrits dans deux tableaux différents :**

#### *4.4 Les activités du plan d'action.*

Ce tableau présente l'ensemble des activités à réaliser en lien avec les 60 mesures stratégiques des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLCC).

#### *4.5 Les priorités au niveau de l'organisation des services et les priorités relevant de la DSP*

Ce tableau présente les actions prioritaires du plan d'action régional 2010-2012. Il résume les objectifs du RCM au niveau de l'organisation des services pour les deux prochaines années en lien avec les Orientations prioritaires du PQLCC (ces actions sont rattachées aux travaux du RCA santé physique). Il contient également les priorités de la Direction de la santé publique qui sont associées à l'axe deux du PQLCC.

## 4.4 ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION

Le tableau suivant présente les activités du plan d'action qui sont en lien avec les 60 mesures stratégiques des orientations prioritaires 2007–2012

| AXE 1<br>CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE<br>ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE   | INDICATEUR   | RESPONSABLE           | OBJECTIF                               | ÉCHÉANCE                   | MONTÉRÉGIE                                 |
|--|--|-----------------------|--|----------------------------|--|
| <b>1.1 Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et services</b>   |  |                       |  |                            |  |
| 1. Analyser les projets cliniques des CSSS afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer                             | Les CSSS auront intégré le volet « lutte contre le cancer » dans leur projet clinique  | CSSS                  | 90 % des CSSS                          | Décembre 2008              | 100 % des CSSS ont intégré le volet LCC    |
| 2.* Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque hôpital impliqué dans la lutte contre le cancer                             | Les CSSS et les hôpitaux concernés auront un programme de lutte contre le cancer   | CSSS<br>HCLM          | 100 % des Centres                      | Décembre 2008              | 100 % des CSSS ont intégré le volet LCC    |
| 3. Poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer   | Les ASSS auront mis à jour leur plan d'action et leur programme régional   | Agence                | 100 % des Agences                      | Décembre 2008              | Programme et plan d'action en 2004         |
| <b>1.2 Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer</b>   |  |                       |  |                            |  |
| 4. Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer   | Accès à une équipe régionale<br>Structure du réseau de soins et services   | CICM<br>Agence<br>RCM | 100 % des régions<br>100 % des Agences | Décembre 2008<br>Mars 2010 | OK oncologie<br>À faire soins palliatifs   |
| 5.* Compléter la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement  | Les équipes seront en place et toutes les personnes atteintes de cancer y auront accès le plus près possible de leur milieu de vie | CSSS<br>HCLM          | 100 % des établissements<br>Mars 2009  | Mars 2009                  | Formation des équipes en cours depuis 2009 |
| 6. Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la 1ere ligne et les soins spécialisés et ultraspecialisés | Ententes convenues   | CSSS<br>HCLM          | 80 % des établissements                | Mars 2012                  | Références sans entente officielle         |
| <b>1.3 Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et services dans la lutte contre le cancer</b>   |  |                       |  |                            |  |
| 7.* Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer (tous les niveaux)   | Évaluation terminée  | DLCC                  | 100 % des équipes                      | Décembre 2008              | Finaliser accréditations                   |

| <b>AXE 1<br/>CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE<br/>ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE</b>                                    | <b>INDICATEUR</b>  | <b>RESPONSABLE</b> | <b>OBJECTIF</b>         | <b>ÉCHÉANCE</b> | <b>MONTÉRÉGIE</b>   |
|--|--|--------------------|-------------------------|-----------------|---|
| 8. Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer                | Cadre de référence   | DLCC               | Cadre terminé           | Mars 2009       | En cours  |
| 9. Mettre en place un mécanisme pour soutenir les Agences dans la correction des lacunes vues aux visites (incluant PQDCS) | Mécanisme de soutien   | DLCC               | Mécanisme expérimenté   | En 2008         | En cours  |
| 10. Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie (IPO)  | Nombre d'IPO approprié dans chaque équipe interdisciplinaire             | CSSS<br>HCLM       | 100 % des équipes       | Mars 2009       | <b>1</b>  |
| 11.* Optimiser l'accès aux services de soutien et de support psychosociaux   | Accès aux ressources de soutien eu égard aux besoins des personnes (???) | CSSS<br>HCLM       | 100 % des équipes       | Mars 2010       | <b>2</b>  |
| 12.* Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires      | Programme de formation   | DLCC               | Un programme en vigueur | Mars 2009       | Formation de 4 équipes en 2009-2010 et 5 équipes en 2010-2011 |

1. **Le nombre d'IPO doit être augmenté pour atteindre les normes ministérielles (IPO/200 nouveaux patients et rattraper le retard accusé par rapport aux autres régions.**
2. **Projet de démonstration sur la prévention des séquelles suite à une chirurgie du sein et communauté de pratique en cours.**

| <b>AXE 2<br/>PRÉVENTION, PROMOTION, DÉPISTAGE</b>   | <b>INDICATEUR</b> | <b>RESPONSABLE</b> | <b>OBJECTIF</b> | <b>ÉCHÉANCE</b> | <b>MONTÉRÉGIE</b> |
|---|-------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>2.1 Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, à savoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme, et créer des environnements qui en facilitent l'adoption</b>   |                   |                    |                 |                 |                   |
| 13 Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie  | Voir annexe       | DSP                |                 |                 | Continu           |
| 14. Continuer le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique, notamment dans les établissements scolaires et de santé ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs   | Voir annexe       |                    |                 |                 | Continu           |
| 15. Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique (p. ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives, aménagement urbain favorisant le transport actif, soutien à des réseaux organisés) | Voir annexe       |                    |                 |                 | Continu           |

| AXE 2<br>PRÉVENTION, PROMOTION, DÉPISTAGE  | INDICATEUR  | RESPONSABLE | OBJECTIF | ÉCHÉANCE | MONTÉRÉGIE |
|--|-------------|-------------|----------|----------|------------|
| 16 Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au <i>Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006 – 2010</i> :<br>-services d'abandon du tabac (centres d'abandon du tabac, ligne téléphonique sans frais et site Internet) -activités de prévention du tabagisme chez les jeunes<br>- soutien à la mise en œuvre de la <i>Loi sur le tabac</i> — activités de communication | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 17. Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants  | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| <b>2.2 Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail</b>   |             |             |          |          |            |
| 18. Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérigènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition   | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 19. Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés entre 0 et 18 ans contre les rayons ultraviolets   | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 20. Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par des activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire  | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 21. Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité au travail en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle  | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| <b>2.3 Favoriser, lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont rencontrés</b>  |             |             |          |          |            |
| 22. Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans   | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 23. Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années   | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| 24. Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée   | Voir annexe |             |          |          | Continu    |
| <b>2.4 Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer</b>   |             |             |          |          |            |
| 25. Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité, la survie et les projections en fonction des différents types de cancer  | Voir annexe |             |          |          | Continu    |

| <b>AXE 3<br/>FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE<br/>ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM<br/>DE SOINS ET DE SERVICES</b>  | <b>INDICATEUR</b>   | <b>RESPONSABLE</b>                  | <b>OBJECTIF</b>                 | <b>ÉCHÉANCE</b>                      | <b>MONTÉRÉGIE</b>                               |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>3.1 Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources</b>   |   |                                     |                                 |                                      |   |
| 26. Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée | Critères définis pour le cancer du sein, de la prostate, du poumon et le cancer colorectal.<br><br>Critères pour les autres cancers | DLCC                                |                                 | Juin 2008<br><br>En 2010             | À mettre en place                               |
| 27. Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hémato-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS   | Plan en radio-oncologie.<br><br>Plan en hémato-oncologie.   | DLCC<br>DAMUPP                      |                                 | Déc. 07<br><br>Déc. 08<br>D'ici 2010 | Plan à utiliser par HCLM<br>Travaux avec TRCDMS |
| 28. Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie et mettre en place une banque centrale pour le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)                   | Les centres utiliseront les outils développés.<br><br>La banque centrale sera fonctionnelle.  | DLCC HCLM                           | 100 % des centres               | mars 2008<br><br>déc. 08             | À mettre en place                               |
| 29. Mettre en place le système de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et, par la suite, à la chimiothérapie, afin de respecter les normes établies  | Les personnes médicalement prêtes seront traitées selon les normes établies.  | DLCC Agence<br>CSSS<br>HCLM         | 90 % des personnes              | décembre 2010                        | À évaluer                                       |
| 30. Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes   | Version finale à la suite de l'expérimentation.<br><br>Promotion et diffusion du carnet.  | DLCC<br>DLCC Agence<br>CSSS<br>HCLM | 100 % des cliniques d'oncologie | Nov. 07<br><br>Jan.08 à déc. 09      | En cours  |
|   | Le carnet sera en utilisation partout au Québec.  | CSSS<br>HCLM                        | 100 % des patients              | Déc. 09                              | À évaluer                                       |
| <b>3.2 Faciliter le retour dans leur milieu de vie à toutes les personnes atteintes de cancer en leur assurant un accès à un médecin de famille</b>   |   |                                     |                                 |                                      |   |
| 31. Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local  | Le mécanisme de prise en charge sera établi   | CSSS                                | 100 % des RLS                   | 2010                                 | À évaluer                                       |
| <b>3.3 Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie</b>  |   |                                     |                                 |                                      |   |

| <b>AXE 3<br/>FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE<br/>ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM<br/>DE SOINS ET DE SERVICES</b>  | <b>INDICATEUR</b>   | <b>RESPONSABLE</b>               | <b>OBJECTIF</b>                                    | <b>ÉCHÉANCE</b> | <b>MONTÉRÉGIE</b>                                       |
|---|---|----------------------------------|--|-----------------|---|
| 32. Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, suivants                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé)</li> </ul> | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       | En place  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• les services médicaux</li> </ul>                                     | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• les services infirmiers</li> </ul>                                   | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• la couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence</li> </ul>       | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• les services de répit et de dépannage</li> </ul>                     | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       |   |
|   | le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile   | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2008       | Une infirmière régionale en soins palliatifs nommée     |
| 33. Mettre en place, dans chaque CSSS, une coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires | Mécanisme clair de coordination en place.   | CSSS                             | 100 % des CSSS                                     | Mars 2009       | Une infirmière consultante en soins palliatifs par CSSS |
| 34. Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs                        | Critères définis et processus de reconnaissance des maisons de soins palliatifs complété.                     | Maison V.G.<br>Agence<br>CSSS RY | 100 % des maisons                                  | Décembre 2011   | Ententes à signer avec Agence et CSSS                   |
| 35. Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs   | Un plan directeur   | DLCC                             |  | Mars 2008       | Diffuser<br>Utiliser<br><b>À VALIDER</b>                |
| 36. Mettre en place des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux universitaires et régionaux  | Au moins une unité par territoire de RUIS et une par établissement avec mandat régional.                      | HCLM                             | Une par RUIS<br>Établissement avec mandat régional | 2012            | À venir   |

| <b>AXE 3<br/>FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE<br/>ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM<br/>DE SOINS ET DE SERVICES</b>   | <b>INDICATEUR</b>   | <b>RESPONSABLE</b>        | <b>OBJECTIF</b>                                  | <b>ÉCHÉANCE</b>                              | <b>MONTÉRÉGIE</b>                       |
|--|---|---------------------------|--|--|---|
| 37. Constituer pour chacune des régions du Québec une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques   | Une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs par établissement avec mandat régional.     | Agence RCM                | Une équipe régionale                             | 2010   | En cours                                |
| 38. Soutenir la mise en place des centres/hôpitaux de jour ou des cliniques d'accès à des soins palliatifs   | Au moins un centre ou un hôpital de jour par territoire de RUIS et par établissement avec mandat régional | Équipe régionale          | Une par RUIS 100 % établissement mandat régional | 2012   | En cours                                |
| 39. Encourager l'appropriation et faciliter l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques   |   | DLCC Agence RCM HCLM CSSS |  | Mars 2010                                    | En cours                                |
| <b>3.4 Tenir compte de la perspective des personnes atteintes et de leurs proches aidants</b>  |   |                           |  |  |   |
| 40. Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer  | Modalités de consultation   | DLCC                      |  | Décembre 2008                                | À reprendre au niveau régional et local |
| 41. Faire une enquête sur la qualité des services en matière de lutte contre le cancer au Québec, en se basant sur l'expérience des personnes atteintes de cancer                                    | Enquête sur la qualité  | DLCC                      |  | D'ici 2008 et de façon continue par la suite | Résultats de l'enquête à diffuser       |
| <b>3.5 Favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones</b>                           |   |                           |  |  |   |
| 42. Établir des liens et réaliser des protocoles pour assurer le suivi, lors du retour dans une communauté autochtone, des soins et des services dispensés dans un établissement du réseau québécois | Liens opérationnels.  | DLCC                      |  | 2012   | Évaluer impact sur région               |

| AXE 4<br>SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES   | INDICATEUR  | RESPONSABLE                | OBJECTIF                                      | ÉCHÉANCE           | MONTÉRÉGIE                            |
|---|---|----------------------------|---|--------------------|---------------------------------------|
| <b>4.1 Promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer</b>  |   |                            |   |                    |                                       |
| 43. Concevoir une trousse comprenant notamment des lignes directrices en matière de prévention du cancer et des guides pour le dépistage, l'investigation et le traitement des symptômes et des complications les plus fréquentes, et la distribuer aux médecins de famille | Une trousse   | DLCC Agence<br>RCM<br>DRMG |   | 2010               | Diffuser par la suite                 |
| 44. Créer un programme de formation continue en oncologie à l'intention des médecins de famille en collaboration avec les instances concernées  | Programme de formation continue en oncologie  | DLCC                       |   | 2012               | À promouvoir<br><b>Débuté par RCM</b> |
| <b>4.2 Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques</b>  |   |                            |   |                    |                                       |
| 45. S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation  | Équipe régionale qui offre le FSSE  | Agence                     |   | Mars 2009          | RCM<br>Continu                        |
| 46. Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer <sup>15</sup> dans chaque région.   | Accessibilité aux CTC   | RCM<br>HCLM                |   | Mars 2008          | Déjà en place pour Avastin            |
| <b>4.3 Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer</b>  |   |                            |   |                    |                                       |
| 47. Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie  | Des communautés de pratique par type de cancer.   | DLCC RUIS                  | Un comité par type de cancer dans chaque RUIS | 2009               | Participation lorsque requis          |
| 48. Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences  | Un plan d'action  | RUIS                       | 100 % des RUIS                                | Mars 2009          | Définition des services régionaux     |
| 49. Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels impliqués dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches   | Ex. certification universitaire en soins infirmiers en oncologie, infirmières praticiennes en oncologie, formation des intervenants psychosociaux, des nutritionnistes et des pharmaciens, formation des futurs médecins eu égard à l'humanisation de l'annonce du diagnostic | DLCC<br><br>RCM            |   | De façon continue. | En place, à poursuivre                |

<sup>15</sup> Le Comité de thérapie du cancer est un comité décisionnel composé de chirurgiens, d'oncologues médicaux, de pharmaciens et de pathologistes, eu égard à une décision de traitement pour un patient donné.

| <b>AXE 4</b><br><b>SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES</b>   | <b>INDICATEUR</b>   | <b>RESPONSABLE</b> | <b>OBJECTIF</b>                            | <b>ÉCHÉANCE</b>   | <b>MONTÉRÉGIE</b>   |
|---|---|--------------------|--|-------------------|---|
| <b>4.4 Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes</b>   |   |                    |  |                   |   |
| 50. Mandater et soutenir le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration des guides de pratique quant à l'utilisation appropriée des nouveaux agents antinéoplasiques                         | des guides de pratique  | DLCC CEPO          | Selon les nouveaux agents antinéoplasiques | De façon continue | À diffuser  |
| 51. Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et en évaluer l'adoption par les praticiens                           | Adoption des recommandations des guides   | DLCC CEPO          |  | De façon continue | Directives à mettre en place  |
| 52. Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées  | ex. : standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires | DLCC               |  | De façon continue | Diffusion et utilisation des outils                                 |
| 53. Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu  | Des guides de pratique clinique   | DLCC               |  | De façon continue | Diffusion et utilisation des guides<br><b>Déjà en place par RCM</b> |
| <b>4.5 Encourager la prise en compte des enjeux liés à la lutte contre le cancer dans les priorités des organisations impliquées dans la recherche sur le cancer</b>  |   |                    |  |                   |   |
| 54. Intensifier les liens entre la Direction de la lutte contre le cancer et les organisations actives en recherche sur le cancer, notamment le Réseau de recherche en cancer du Fonds pour la recherche en santé du Québec | Liens   | DLCC               |  | De façon continue | En cours au niveau régional   |
| <b>4.6 Favoriser le partage d'information et divers échanges avec nos partenaires canadiens et internationaux</b>   |   |                    |  |                   |   |
| 55. Participer à des initiatives canadiennes et internationales visant notamment à optimiser la production des guides de pratique clinique ou à développer des normes et des méthodes novatrices de soins                   | Participation   | DLCC               |  | Travail en cours  | À faire au niveau régional  |

| <b>AXE 5</b><br><b>ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS</b>   | <b>INDICATEUR</b>  | <b>RESPONSABLE</b> | <b>OBJECTIF</b>              | <b>ÉCHÉANCE</b> | <b>MONTÉRÉGIE</b>   |
|---|--|--------------------|------------------------------|-----------------|---|
| <b>5.1 Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité</b>  |  |                    |                              |                 |   |
| 56. Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles quant à notamment l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer  | Cibles ministérielles  | DLCC               |                              | Déc. 2008       | À mettre en place par la suite                                    |
| 57. Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles   | Données recueillies, actions entreprises   | DLCC               |                              | Déc. 2009       | À faire aussi au niveau régional                                  |
| 58. Déterminer aux ententes de gestion divers indicateurs relatifs à l'accès, la qualité et l'efficacité.   | Indicateurs aux ententes de gestion  | DLCC               |                              | Déc. 2009       | À mettre en place par la suite                                    |
| <b>5.2 Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer</b>  |  |                    |                              |                 |   |
| 59. Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec   | Décembre 2007 : identification des variables du registre.<br>Juin 2008 : choix des technologies.<br>Décembre 2009 : disposer des ressources qualifiées, expérimentation et ajustements.<br>Décembre 2010 : fonctionnalité du registre. | DLCC               | Registre provincial en place | Déc. 2010       | Mettre en place les registres locaux                              |
| 60. Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'impact du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services | Projets soutenus   | DLCC               |                              | Déc. 2010       | Projets-analyse performance et accompagnement des équipes locales |

## 4.5 PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIE EN LUTTE CONTRE LE CANCER 2010–2012

### Les priorités au niveau de l'organisation des services

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer   | Objectif du Réseau cancer Montérégie  | Actions à réaliser   | Résultats attendus   |
|--|---|--|--|
| <p><b>Mesure 11</b></p> <p>Optimiser l'accès aux services de soutien et de support psychosociaux.</p>  | <p>1. Consolider le service régional de dépistage génétique.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publicisation du service offert par les deux conseillères en génétique à l'échelle de la région.</li> <li>▪ Former et soutenir un répondant par CSSS pour l'oncogénétique</li> <li>▪ Poursuite des travaux en cancer colorectal</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réponse à l'ensemble des demandes de service dans un délai de 4 mois ou moins.</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 12</b></p> <p>Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.</p>                                 | <p>2. Soutenir chaque établissement dans le fonctionnement des équipes interdisciplinaires</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation des équipes locales et suprarégionales</li> <li>▪ Formation des chefs médicaux et clinico administratifs</li> <li>▪ Coaching des équipes déjà formées</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rencontres interdisciplinaires avec plan d'intervention au dossier.</li> <li>▪ Description des fonctions des membres des équipes et critères de références des patients.</li> </ul> |
| <p><b>Mesure 22</b></p> <p>Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.</p> | <p>3. Poursuivre les activités de recrutement et de promotion pour augmenter la participation au PQDCS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mobiliser les partenaires qui peuvent recommander les participantes et favoriser l'accès à l'investigation des femmes ayant une mammographie de dépistage anormale.</li> <li>▪ Poursuivre le processus d'assurance de la qualité des services dans les centres désignés PQDCS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accès à la mammographie de dépistage aux 2 ans, dans un délai conforme à la norme du PQDCS de 30 jours.</li> </ul>  |

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer  | Objectif du Réseau cancer Montérégie  | Actions à réaliser   | Résultats attendus  |
|---|---|--|---|
| <p><b>Mesure 28</b></p> <p>Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie et mettre en place une banque centrale pour le système de gestion de l'accès aux services</p>   | <p>4. Harmoniser le suivi de l'accès aux services de radio-oncologie au centre régional avec le système de gestion provincial</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ouverture du nouveau CICM.</li> <li>▪ Évaluation de l'impact sur le volume d'activités des autres établissements.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiothérapie offerte dans le respect des délais prescrits par les normes provinciales.</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 29</b></p> <p>Mettre en place le système de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et, par la suite, à la chimiothérapie, afin de respecter les normes établies</p>   | <p>5. Mettre en place la discrimination des chirurgies oncologiques dans le système de gestion SIMASS.</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publiciser la fiche indicateur de la DLCC dès sa parution.</li> <li>▪ Accompagner les équipes en lien avec le département de chirurgie des établissements</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chirurgies oncologiques offertes dans le respect des délais prescrits par les normes provinciales.</li> </ul>  |
| <p><b>Mesure 33</b></p> <p>Mettre en place dans chaque CSSS, une coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires.</p> <p><b>Mesure 4</b></p> <p>Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.</p> | <p>6. Optimiser la planification d'un réseau intégré de soins palliatifs au sein du RCM</p>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse de l'état de situation produit suite aux visites des équipes locales.</li> <li>▪ Arrimage des codifications dans I-CLSC pour la clientèle en soins palliatifs.</li> <li>▪ Intégration des maisons de soins palliatifs au RCM.</li> <li>▪ Consolider les différentes communautés de pratiques en place.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fonctionnement en réseau des équipes en soins palliatifs.</li> <li>▪ Standardisation des pratiques.</li> <li>▪ Partage d'expertise et de connaissances en soins palliatifs dans les différents milieux de soins (à domicile, à l'hôpital, en centre d'hébergement et en maison de soins palliatifs)</li> <li>▪ Couverture des services 24/7</li> </ul> |
| <p><b>Mesure 52</b></p> <p>Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées.</p>  | <p>7. Que les services en réadaptation soient rendus disponibles et de démontrer leur utilité.</p>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démonstration de la prévention des séquelles suite à une chirurgie du sein par les traitements et ateliers en physiothérapie.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rencontres du comité régional des physiothérapeutes.</li> <li>▪ Analyse des données compilées par les physiothérapeutes.</li> </ul>  |

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer  | Objectif du Réseau cancer Montérégie   | Actions à réaliser  | Résultats attendus  |
|---|--|---|---|
| <p><b>Mesure 59</b></p> <p>Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.</p>   | <p>8. Poursuite des travaux pour la mise en place des trois registres locaux de cancer en Montérégie (emphasis sur la validation).</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien aux projets pilotes effectués dans trois établissements.</li> <li>▪ Suites à donner aux recommandations émises pour la poursuite du projet en lien avec le registre provincial.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données cliniques sur le stade du cancer et sur les premiers traitements se retrouvent dans les établissements. Elles devront être transmises à la DLCC afin d'être saisies dans le registre québécois.</li> </ul> |
| <p><b>Objectif 5.2</b></p> <p>Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer.</p> <p><b>Mesure 60</b></p> <p>Soutenir des projets d'évaluation ciblés...</p> | <p>9. Accompagner les équipes locales dans l'appropriation de leurs résultats d'analyse de performance, l'identification de leurs cibles et les moyens pour les atteindre.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Production d'un cadre de référence et d'une demande de financement pour l'embauche d'un chargé de projet.</li> <li>▪ Description du contenu des ateliers d'accompagnement.</li> <li>▪ Création d'une communauté de pratique « performance »</li> <li>▪ Rédaction d'un rapport décrivant la faisabilité d'un tel projet dans d'autres régions.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification de cibles mesurables dans chaque CSSS.</li> <li>▪ Mise en place de moyens pour atteindre les cibles dans chaque CSSS.</li> <li>▪ Évaluation de l'implantation des ateliers</li> </ul>                   |

## PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIE EN LUTTE CONTRE LE CANCER 2010–2012

### Les priorités relevant de la Direction de la santé publique

#### Axe d'intervention 2 : Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer  | Résultats attendus   |
|---|--|
| <p><b>Mesure 13</b></p> <p>Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 11 CSSS auront réalisé des actions locales en soutien aux campagnes provinciales de promotion de saines habitudes de vie</li> <li>✓ 11 CSSS auront fait la promotion de la campagne <i>Fruits et légumes en vedette</i> auprès de tous les restaurants de leur territoire</li> <li>✓ 20 % des municipalités auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec</li> <li>✓ 30 % écoles publiques et privées auront participé à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique (Plaisir d'hiver, École active, Grand et petit défi, Semaine internationale Marchons vers l'école)</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 14</b></p> <p>Continuer le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique. Notamment dans les établissements scolaires et de santé ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 11 CSSS auront planifié, conjointement avec les commissions scolaires, les interventions de promotion de la santé et de bien-être et de prévention en milieu scolaire</li> <li>✓ 84 écoles auront amorcé l'implantation de l'approche École en santé</li> <li>✓ 60 écoles auront implanté l'approche École en santé</li> <li>✓ 148 écoles auront réalisé au moins une intervention de promotion de saines habitudes de vie, en collaboration avec les CSSS, dans le cadre de l'approche-École en santé ou de la Politique-cadre Pour un virage santé à l'école</li> <li>✓ 11 CSSS auront collaboré à l'implantation de la politique locale pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif Pour un virage santé à l'école</li> <li>✓ 23 établissements des CSSS auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30</li> </ul> |

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer   | Résultats attendus   |
|--|--|
|  | <p>Combinaison/Prévention (CP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 48 établissements des CSSS auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 67 milieux de travail auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 57 milieux de travail auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 20 milieux de vie des aînés auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 17 milieux de vie des aînés auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 3 milieux d'enseignement aux adultes auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 9 milieux d'enseignement aux adultes auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 25 municipalités auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 11 municipalités auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP)</li> <li>✓ 97 groupes de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i> auront été formés sur les territoires de CSSS</li> <li>✓ La DSP assurera la coordination du comité régional du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids</li> </ul> |
| <p><b>Mesure 15</b><br/>Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique d'activité physique (p. ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives. Aménagement urbain favorisant le transport</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 10 % des écoles primaires publiques auront reçu la formation pour le guide <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i></li> <li>✓ 8 CSSS auront sensibilisé des partenaires associés notamment à l'aménagement urbain</li> </ul>  |

| Orientation prioritaire du Programme québécois de lutte contre le cancer  | Résultats attendus  |
|---|---|
| actif)  | et au transport, quant à la mise en place d'approches de développement durable  |
| <p><b>Mesure 16</b></p> <p>Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 960 fumeurs auront reçu des services de cessation dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT)</li> <li>✓ 705 professionnels de la santé des CSSS auront été formés à l'intervention minimale ou brève</li> <li>✓ 11 CSSS auront réalisé au moins deux activités de promotion de la cessation de fumer sur leur territoire</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 17</b></p> <p>Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 10 CSSS auront amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) sur leur territoire</li> <li>✓ 11 CSSS auront implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP)</li> <li>✓ 26 milieux cliniques de première ligne auront implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP)</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 19</b></p> <p>Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés entre 8 et 18 ans contre les rayons ultraviolets.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La DSP aura collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires</li> </ul>   |
| <p><b>Mesure 20</b></p> <p>Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par les activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La DSP aura collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires</li> <li>✓ La DSP comptabilisera le nombre de tests de détection du radon domiciliaire au-dessus de la directive de santé Canada</li> <li>✓ La DSP aura identifié les zones à risque associées au radon domiciliaire en Montérégie</li> </ul> |
| <p><b>Mesure 21</b></p> <p>Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et la commission de la Santé et de la sécurité au travail en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La DSP aura réalisé la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des substances cancérigènes en milieu de travail (séances d'information et activité de formation)</li> </ul>   |



## 5. LES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION

---

À ce jour, on ne peut que se réjouir des avancées réalisées en Montérégie dans la lutte contre le cancer. Plusieurs mesures du PQLC ont été mises en place et de nombreuses initiatives de formation, de recherche et d'évaluation viennent soutenir cette démarche. Il convient aussi de mentionner que l'introduction d'une approche par programme, telle que proposée par le PQLC, a été menée dans un contexte de fonctionnement autonome et indépendant des diverses organisations concernées. Le travail soutenu de coordination et de concertations régionales a donc été déterminant. Aussi, la mise en disponibilité d'un budget dévolu à l'implantation du programme régional a été un levier d'une grande importance.

Néanmoins, des lacunes persistent et appellent une mobilisation soutenue des différents acteurs autour des actions proposées dans le présent plan. La mise en place d'une organisation intégrée et hiérarchisée en matière de lutte contre le cancer, encadrée par un processus rigoureux d'amélioration continue de la qualité, représente un défi de taille pour la région.

Parmi les principaux défis à surmonter, nous notons :

- le sous-financement chronique observé dans l'ensemble du réseau montréalais qui se répercute sur la gamme et l'ampleur des services disponibles pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches;
- les transformations en cours dans la gouverne locale et régionale qui demanderont une vigilance particulière de la part des acteurs du programme de lutte contre le cancer, de manière à s'assurer que les objectifs et les orientations retenus se réalisent adéquatement dans ce nouveau cadre;
- les efforts de mise en réseau ne pourront atteindre les résultats escomptés que s'ils sont soutenus par des outils informationnels adéquats.

### 5.1 UN FINANCEMENT À LA HAUTEUR DES BESOINS

La croissance des besoins en oncologie est incontournable et appelle des ajustements dans la capacité du réseau et de ses partenaires à y répondre adéquatement. Les gains d'efficacité et d'efficience générés par une meilleure intégration et hiérarchisation des services n'élimineront pas le besoin de rehausser les investissements dans ce domaine. Tous les secteurs d'activités formant le continuum de services présentent, à des degrés divers, un manque de ressources pour assurer une réponse adaptée aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Il nous apparaît essentiel que les ressources consenties à la lutte contre le cancer soient augmentées en fonction de la croissance des besoins exprimés et anticipés. Aussi, ce financement devrait être modulé en tenant compte du rapatriement progressif de clientèle observé dans la région, clientèle qui était jusqu'à maintenant traitée à l'extérieur de la Montérégie (à Montréal principalement). Le déploiement prévu, dans les prochaines années, des services de radio-oncologie aura également pour effet d'accroître la rétention de la population montérégienne, conditionnant par le fait même une hausse des besoins de traitement connexes et de soutien aux personnes.

Enfin, la croissance fulgurante des coûts des médicaments reliés au traitement du cancer impose un fardeau financier d'envergure aux établissements, surtout dans un contexte de croissance des besoins. Cette question et sa solution ne peuvent être efficacement abordées à l'échelle d'un établissement ou d'une région. Elle appelle un positionnement national, tant sur le plan de leur utilisation optimale (guide de pratique défini par des experts nationaux et internationaux) que des conditions d'achat en commun.

## 5.2 L'ARRIMAGE AVEC LES RÉSEAUX LOCAUX EN DÉVELOPPEMENT

Le modèle d'organisation véhiculé par le PQLC s'articule autour d'une gouvernance hiérarchisée s'harmonisant bien avec les paramètres de la réorganisation en cours dans l'ensemble du réseau. D'une certaine façon, l'implantation du modèle organisationnel du PQLC à travers le Québec constitue une expérience positive qui pourrait inspirer le déploiement des interventions en mode programme à l'échelle locale et régionale. Dans la poursuite du travail à réaliser, le défi des acteurs associés à la mise en œuvre des mesures contenues dans le plan d'action consistera à s'inscrire sans trop de résistance dans l'agenda des organisations alors pleinement mobilisées par des changements structurels.

Au terme de la phase de changements structurels, il faudra s'assurer que le programme cancer bénéficie d'une reconnaissance et d'un statut prioritaire parmi les autres programmes à déployer à l'échelle locale et régionale.

## 5.3 LE SOUTIEN INFORMATIONNEL

Les mesures mises de l'avant dans le présent plan d'action ne pourront se réaliser pleinement sans un soutien informationnel porté par une infrastructure technologique adéquate. Il y a donc lieu de développer des environnements où l'information clinique et administrative circulera aisément au bénéfice des usagers (dossier patient), des cliniciens (plan d'intervention), des gestionnaires (monitorage et reddition de compte), voire même des milieux scientifiques de la recherche (banque de données). La force du réseautage dépendra de la fluidité des échanges et du transfert d'informations. La question de l'informatisation des données relatives à la lutte contre le cancer devra toutefois s'inscrire dans un débat plus large au sein de la nouvelle structure de gouvernance en implantation.

## CONCLUSION

---

Depuis l'avènement du PQLC en 1997, une démarche plus structurée de lutte contre le cancer prend forme dans l'ensemble des régions du Québec.

En Montérégie, des avancées notables ont été réalisées dans la modernisation de son système de lutte contre le cancer. À ce titre, la région peut compter sur des intervenants, gestionnaires, cliniciens et bénévoles, pleinement engagés dans leur réseau.

L'ampleur du phénomène du cancer nous pousse toutefois à faire des efforts constants d'amélioration de nos actions. Au-delà de la nécessité incontournable de rehaussement des ressources, il apparaît essentiel d'établir une synergie plus grande entre les acteurs, de manière à optimiser chacune des actions isolément déployées. L'intégration des interventions et des services constitue une voie privilégiée dans notre plan d'action.

Le déploiement d'équipes interdisciplinaires aux plans local et régional et une meilleure coordination des actions entre les paliers présentent, à notre avis, un avantage certain. Nos équipes interdisciplinaires locales bénéficient maintenant de formation adaptée à leur contexte particulier, ce qui favorise grandement le développement vers des équipes optimales.

Les efforts déployés pour évaluer les effets de nos actions par l'entremise du projet d'appréciation de la performance du RCM reflètent notre préoccupation pour l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Afin d'aller plus loin dans cette démarche, nous comptons établir une pratique d'amélioration continue de la performance spécifique à la lutte contre le cancer avec les équipes locales. Cette approche proactive illustre combien la Montérégie continue d'innover pour favoriser l'amélioration des services aux personnes atteintes de cancer.



# ANNEXE 1

## Liste des organismes communautaires

---

## ANNEXE 1

### LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

| <b>Organisme</b>  |
|---|
| À la Source (St-Constant)                                     |
| Albatros Granby (Granby)                                      |
| Albatros Roussillon (Laprairie)                               |
| Albatros Vaudreuil (Pincourt)                                 |
| Centre d'action bénévole la Mosaïque (Lemoyne)                |
| Croissant d'espoir (St-Hilaire)                               |
| Entraide cancer de Granby (Granby)                            |
| Fondation Marie-Ève Saulnier (St-Hubert)                      |
| Groupe d'entraide l'Espoir-de-vaincre (Valleyfield)           |
| Havre d'Espoir Montérégie (Marieville)                        |
| L'équipe d'accompagnement au Diapason (Cowansville)           |
| Les amis du Crépuscule (St-Hyacinthe)                         |
| Leucan Montérégie (Granby)                                    |
| Présence Amie de la Montérégie (St-Mathieu de Beloeil)        |
| Nouvel Envol (Brossard)                                       |
| Organisation de Valleyfield des personnes atteintes de cancer |
| The Cancer Support Group of Kahnawake                         |

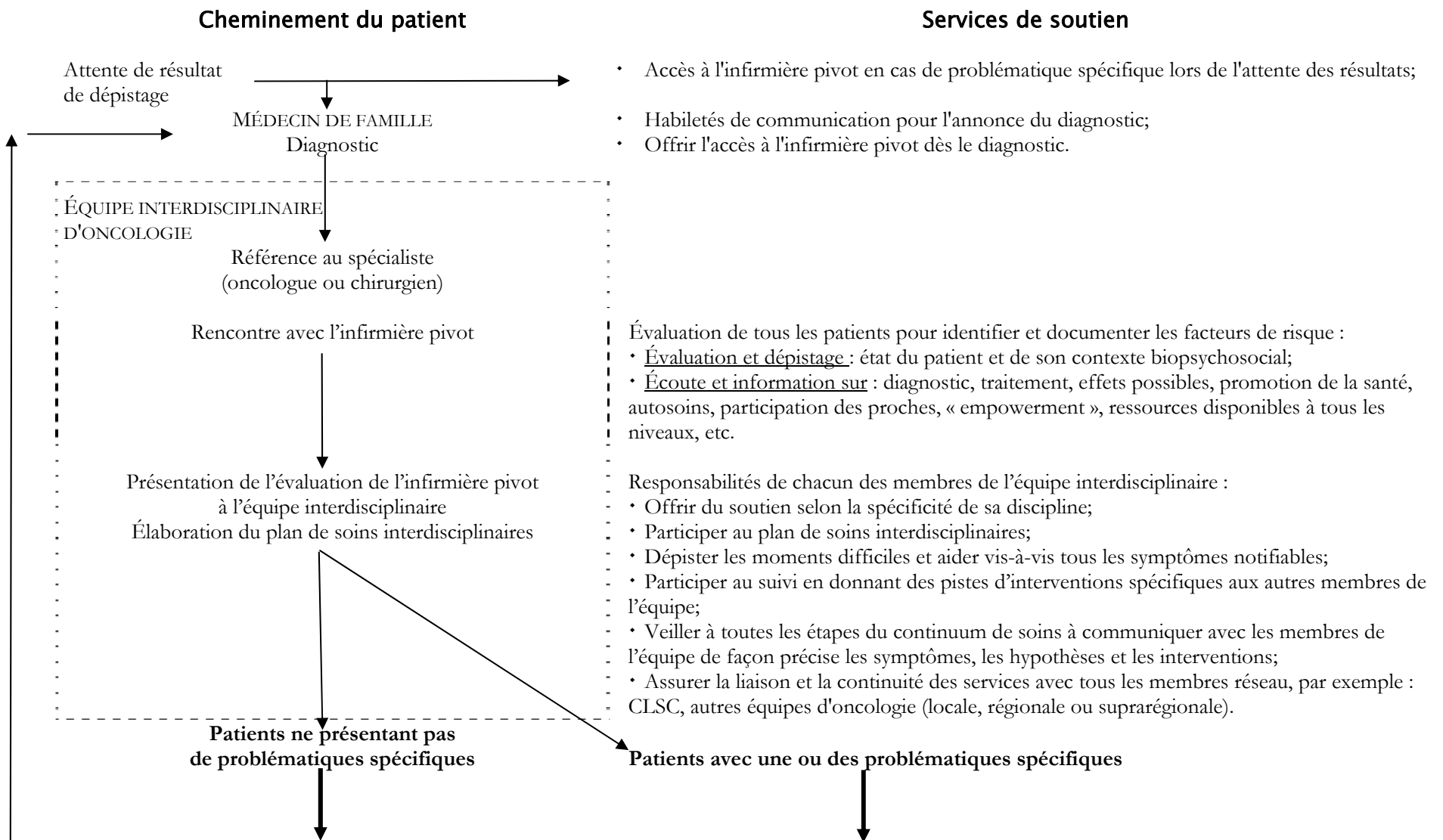
# ANNEXE 2

Modèle intégré d'intervention de  
soutien  
aux personnes atteintes de cancer  
et à leurs proches

---

## ANNEXE 2

### MODÈLE INTÉGRÉ D'INTERVENTION DE SOUTIEN AUX PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET À LEURS PROCHES



| <p align="center"><b>Services pour l'ensemble des patients</b></p> <p>Pour les patients ne représentant pas de problématique spécifique, les traitements sont donnés et les services de soutien suivants sont offerts. Par contre, tout au long des soins et services reçus, tous les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent porter une attention particulière à dépister l'apparition de symptômes (peu importe la dimension touchée) afin d'évaluer quand un patient qui était considéré comme ne représentant pas de problématique spécifique devient un patient avec une ou des problématiques spécifiques.</p>   | <p align="center"><b>Services pour les patients avec une ou des problématiques spécifiques</b></p> <p>Référence au spécialiste pour les services de soutien spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>μ Lors du suivi de la rencontre initiale ou tout au long du continuum de soins;</li> <li>μ Référence peut être faite en cours de traitement lors des rencontres de l'équipe interdisciplinaire.</li> </ul> <p>Selon l'intensité de la problématique, le spécialiste offre des services de consultation pour les patients et les familles qui nécessitent des rencontres systémiques spécialisées, tout en complétant les informations au dossier et en informant l'équipe lors des rencontres pour que l'ensemble des membres de l'équipe puisse ajuster leurs interventions à la situation afin de maximiser le succès du traitement. Le spécialiste aide activement chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire à élaborer des hypothèses et à utiliser les pistes d'intervention données.</p>  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>μ Habiletés de communication : <ul style="list-style-type: none"> <li>• écoute;</li> <li>• empathie;</li> <li>• Sécurité/espoir;</li> <li>• support et accompagnement dans les décisions;</li> <li>• informations claires et compréhensibles pour le patient et sa famille;</li> </ul> </li> <li>μ Information et référence aux spécialistes et aux services de la communauté;</li> <li>μ Outils d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>• bibliothèque pour patients avec livres et vidéos;</li> <li>• listes de site Web par sujets;</li> <li>• listes de tous les organismes du milieu par sujets.</li> </ul> </li> <li>μ Dépliants spécifiques à l'équipe, aux traitements, à certains services ou organismes, etc.</li> <li>μ Accès à des services d'urgence oncologiques lors de problématiques reliées aux traitements : <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilité de documentation sur les symptômes possibles;</li> <li>• disponibilité d'une réponse téléphonique, d'une évaluation et d'une orientation lorsque surviennent des problèmes à domicile entre deux traitements;</li> <li>• accès à certaines prescriptions complémentaires sans avoir à se présenter à l'hôpital ou à l'urgence.</li> </ul> </li> <li>μ Sessions d'information sur différents thèmes ouverts aux patients et aux proches (fatigue, sexualité, parent de jeunes enfants, douleur, nausée).</li> <li>μ Approches complémentaires. Sessions de plusieurs semaines avec groupes fermés permettant aux personnes d'apporter des changements dans leur vie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• relaxation, massage, imagerie mentale;</li> <li>• exercice physique, technique Nadeau;</li> <li>• art thérapie, journal créatif, etc.</li> </ul> </li> </ul> | <p align="center"><b>Dimension psychologique, émotionnelle et sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Image corporelle, sexualité;</li> <li>• Détresse émotionnelle sévère, anxiété, dépression;</li> <li>• Relation interpersonnelle, nouvelle relation postdiagnostic;</li> <li>• Stress et ajustement de la personne atteinte et des proches;</li> <li>• Famille avec jeunes enfants;</li> <li>• Manque de soutien de l'entourage.</li> </ul> <p align="center"><b>Dimension physique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausée et vomissement, douleur, fatigue;</li> <li>• Fertilité, lymphoedème;</li> <li>• Modification de l'apparence physique;</li> <li>• Odeur, incontinence, problème d'élimination;</li> <li>• Problème de la parole;</li> <li>• Problème de nutrition (perte d'appétit, difficulté à avaler, problème de plaie de bouche);</li> <li>• Symptôme respiratoire.</li> </ul> <p align="center"><b>Dimension pratique, financière et matérielle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût de certains services (diagnostic, prothèse, traitement, service, médicament);</li> <li>• Transport-hébergement;</li> <li>• Service de garderie;</li> <li>• Répit pour les aidants;</li> <li>• Problème financier (emploi, entreprise);</li> <li>• Aide à domicile.</li> </ul> <p align="center"><b>Passage vers la fin de vie*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimension spirituelle;</li> <li>• Aspect légal.</li> </ul> <p align="center"><b>Survivre au cancer et deuil*</b></p> <p>* Toutes les autres dimensions des services de soutien peuvent aussi être présentes.</p> <p align="center"><b>Services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>μ Intervention spécialisée pour résoudre les situations de crises et les problèmes d'adaptation persistants;</li> <li>μ Intervention psychothérapique cognitive (corriger les craintes exagérées, les décisions complexes et aider à déculpabiliser ou à réorganiser les priorités);</li> <li>μ Intervention comportementale de groupe (approche complémentaire);</li> <li>μ Groupe d'écoute de partage et d'entraide, service pour diminuer l'impact des modifications de l'image corporelle (Belle et bien dans sa peau);</li> <li>μ Thérapie du langage, physiothérapie, nutrition;</li> <li>μ Ergothérapie, dentisterie;</li> <li>μ Chirurgie reconstructive;</li> <li>μ Endocrinologie;</li> <li>μ Spécialiste du soulagement des douleurs;</li> <li>μ Clinique de fertilité;</li> <li>μ Ressource d'appoint et d'aide financière;</li> <li>μ Ressource de répit;</li> <li>μ Ressource de transport;</li> <li>μ Ressource d'hébergement;</li> <li>μ Ressource de gardiennage;</li> <li>μ Ressource bénévole pour aide à domicile;</li> <li>μ Visite ou téléphone d'amitié;</li> <li>μ Information et référence sur aspects légaux (ex. : testament);</li> <li>μ Accès à une ressource spécialisée en éthique;</li> <li>μ Possibilité de faire respecter ses croyances religieuses et spirituelles;</li> <li>μ Groupe de survivants;</li> <li>μ Possibilité de s'impliquer dans la lutte contre le cancer;</li> <li>μ Support de groupe et individuel pour les endeuillés.</li> </ul> |

→ Suite aux différents traitements, les patients sont suivis par l'équipe de première ligne (médecin de famille, services courants, soutien à domicile) pour leurs différents besoins, dont ceux liés au suivi à long terme du cancer (suivi peut être conjoint avec l'équipe d'oncologie au besoin).



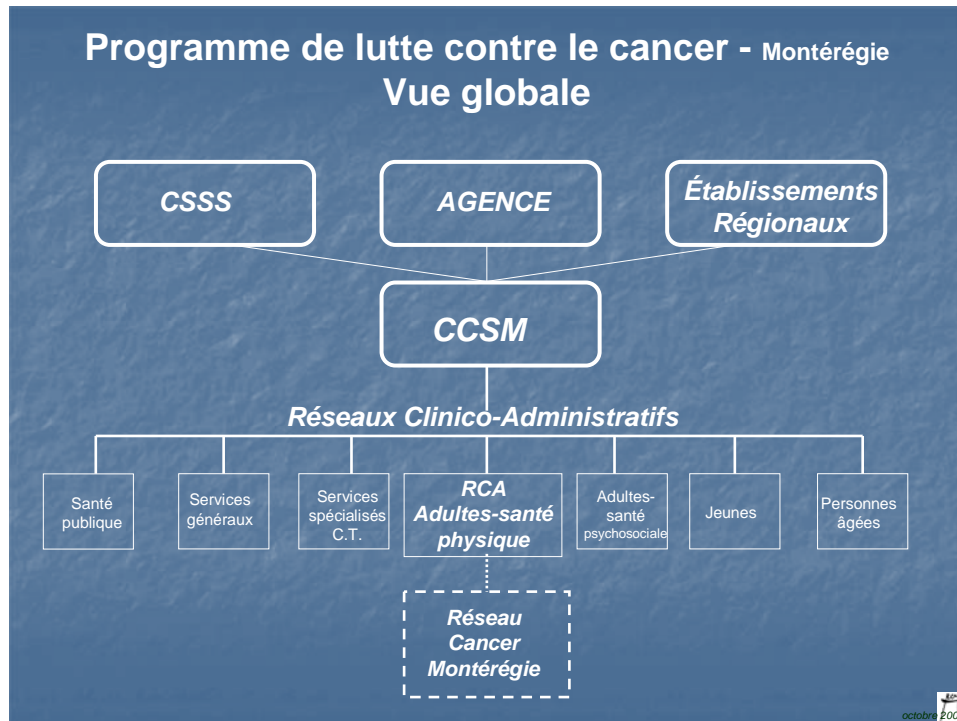
# ANNEXE 3

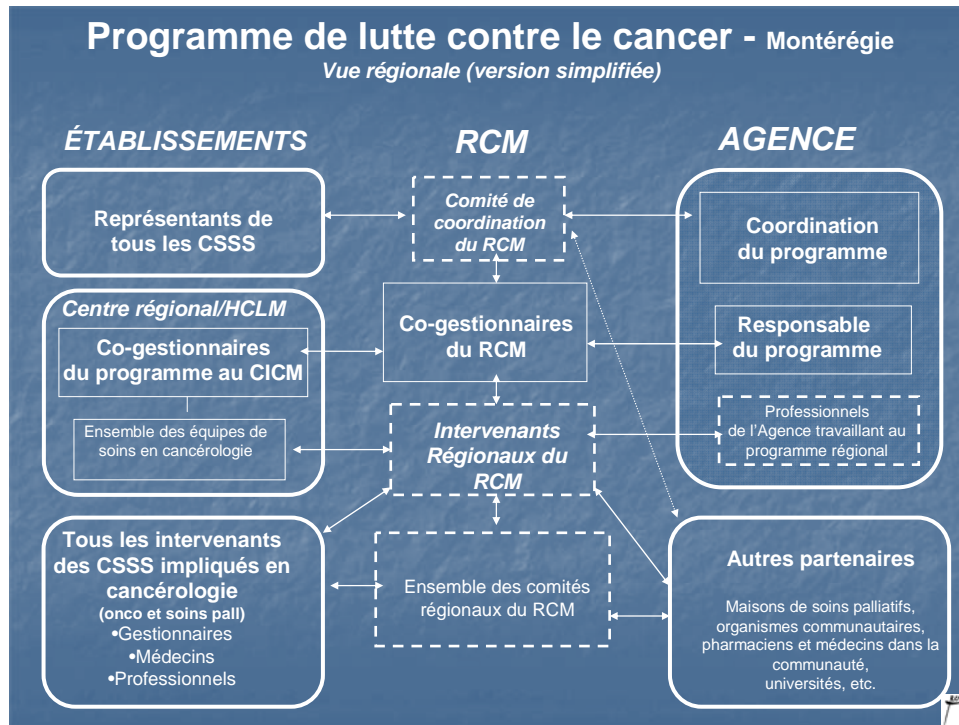
## Organigramme

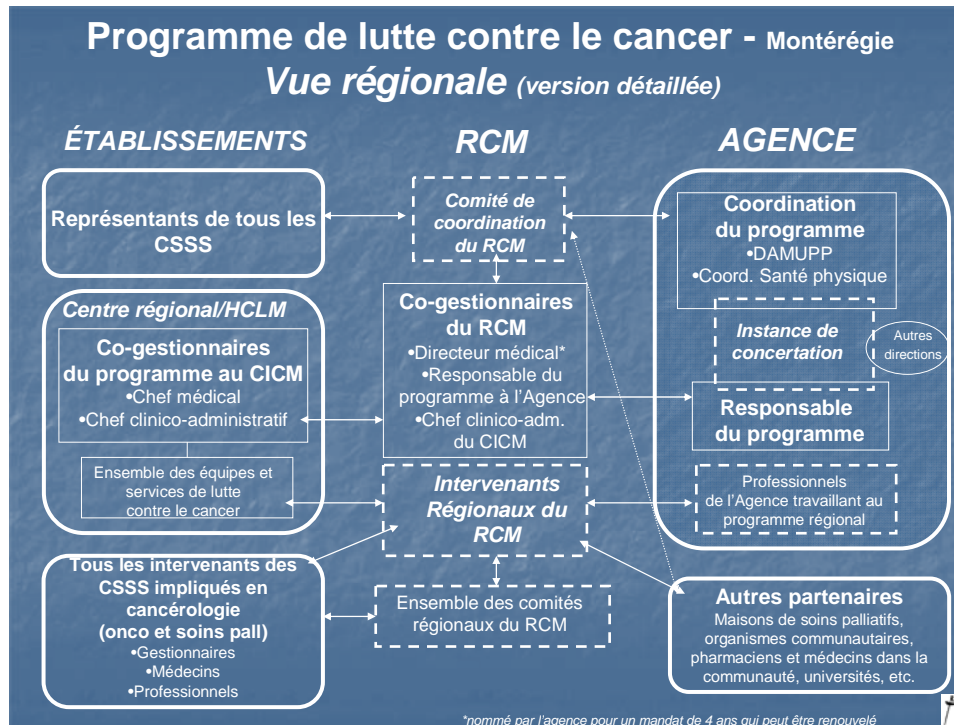
---

## ANNEXE 3

### ORGANIGRAMME







# ANNEXE 4

Équipe interdisciplinaire locale en  
oncologie

---

## ANNEXE 4

### ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LOCALE EN ONCOLOGIE

|  | CRITÈRES DE DÉSIGNATION AXÉS SUR :  |  |  |
|--|---|--|--|
|  | ACCESSIBILITÉ   | COORDINATION ET CONTINUITÉ   | QUALITÉ  |
| <p><b>Mission</b><br/>Offre de services de soins généraux occasionnellement spécialisés où il se fait de l'enseignement de base à la personne atteinte et à ses proches.</p> <p><b>Mandat</b><br/>Lieu privilégié, à l'intérieur du réseau RLS et à proximité du milieu de vie, auquel la personne atteinte et ses proches peuvent facilement se référer afin d'avoir accès à la gamme de services en oncologie dont ils ont besoin. L'équipe locale partage la vision d'un réseau de services intégrés avec les partenaires du bassin de desserte. Elle crée et maintient des liens formels avec les équipes régionales et suprarégionales.</p> <p><b>Composition</b><br/>De façon obligatoire et en fonction des volumes d'activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chef médical local du programme;</li> <li>▪ Coordonnateur local du programme;</li> <li>▪ Infirmière dédiée à l'oncologie;</li> <li>▪ Infirmière pivot;</li> <li>▪ Hémato-oncologue/oncologue médical et autres médecins impliqués;</li> <li>▪ Chirurgien général;</li> <li>▪ Pharmacien;</li> <li>▪ Nutritionniste;</li> <li>▪ Intervenant psychosocial;</li> <li>▪ Intervenant en réadaptation.</li> <li>▪ Et au besoin :</li> <li>▪ Collaborateurs directs (intervenant de CLSC, bénévole, OSBL, intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie, dentiste, agent pastoral, CDD, CRID).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offre des soins généraux pour tous les sièges de cancers.</li> <li>▪ Maintiens un accès à l'expertise en termes de services de soutien de base.</li> <li>▪ L'équipe locale s'assure que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les besoins soient identifiés lors d'une évaluation systématique (évaluation des besoins biopsychosociaux de la personne atteinte et de ses proches);</li> <li>• les interventions soient planifiées (élaboration d'un plan d'intervention);</li> <li>• les traitements soient effectués et coordonnés;</li> <li>• les soins et services soient évalués.</li> </ul> </li> <li>▪ À accès à des ressources diagnostiques dans le réseau local ou ailleurs (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie et son étendue.</li> <li>▪ Maintient un accès formel à l'expertise régionale et suprarégionale pour les cas difficiles et complexes.</li> <li>▪ Assure au patient un accès direct pour traiter les complications courantes reliées aux traitements effectués.</li> <li>▪ A l'expertise, l'environnement et les ressources matérielles et financières pour procéder à l'administration de protocoles de chimiothérapie standard chez l'adulte.</li> <li>▪ Dispose de chirurgiens généraux sur une base régulière, pour assurer les services aux personnes atteintes d'un cancer du sein ou du cancer colorectal selon les normes en vigueur. Les modalités relatives à cette participation doivent être établies.</li> <li>▪ Le médecin de famille peut facilement référer son patient à l'équipe locale.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Établit et maintient des liens concrets (communication) avec tous les partenaires de son bassin de desserte, particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le médecin de famille de la personne atteinte;</li> <li>• les services ambulatoires de proximité (Hôpital, CLSC);</li> <li>• l'équipe de soins palliatifs de fin de vie;</li> <li>• les pharmacies communautaires;</li> <li>• les organismes communautaires;</li> <li>• les cabinets médicaux et de dentistes.</li> </ul> </li> <li>▪ Établit un arrimage fonctionnel avec une ou des équipes de soins palliatifs de fin de vie.</li> <li>▪ Convient avec l'équipe régionale de l'utilisation d'outils cliniques (guide de pratique, protocole de référence, outil de communication, etc.).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élabore la trajectoire de clientèles cibles (souhaitable).</li> <li>▪ Respecte les conditions d'organisation de services définies selon des normes (ex. : délais raisonnables).</li> <li>▪ Fait partie d'un comité des thérapies du cancer.</li> <li>▪ Se réfère à des guides de pratique convenus avec l'équipe régionale.</li> <li>▪ Collabore à l'évaluation et au monitoring des interventions.</li> <li>▪ Le coordonnateur local du programme s'assure du fonctionnement interdisciplinaire et du soutien des membres de l'équipe dans leur travail quotidien.</li> <li>▪ Fait partie du processus d'agrément.</li> <li>▪ Évalue la satisfaction de la clientèle.</li> </ul> |

Note : Ces critères sont des critères minimaux. Une équipe interdisciplinaire locale peut offrir une gamme de services plus importante à la condition que les critères, normes et standards soient respectés. En ce qui concerne la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe locale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale d'oncologie pédiatrique.

Source : Travaux en cours sur le continuum de services et les paramètres d'organisation (document de travail).

# ANNEXE 5

Équipe interdisciplinaire régionale  
en oncologie

---

## ANNEXE 5

### ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE RÉGIONALE EN ONCOLOGIE

|  | CRITÈRES DE DÉSIGNATION AXÉS SUR :  |   |         |
|--|---|---|---------|
|  | ACCESSIBILITÉ   | COORDINATION ET CONTINUITÉ  | QUALITÉ |
| <p><b>Mission</b><br/>Offre de services principalement spécialisés où il se fait de l'enseignement de base et spécialisé aux intervenants de toute la région et des activités de recherche.</p> <p><b>Mandat</b><br/>L'équipe régionale partage la vision d'un réseau de services intégrés. Elle crée et maintient des liens avec les équipes locales et suprarégionales. Elle est responsable d'offrir l'expertise-conseil aux équipes locales, et ce, pour tous les volets. Pour le territoire de proximité, elle cumule le mandat d'une équipe locale.</p> <p><b>Composition</b><br/>De façon obligatoire et en fonction des volumes d'activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directeur médical régional;</li> <li>▪ Coordonnateur du programme;</li> <li>▪ Infirmière avec expertise en oncologie;</li> <li>▪ Infirmière-pivot;</li> <li>▪ Hémato-oncologue/oncologue médical selon le siège;</li> <li>▪ Radio-oncologue;</li> <li>▪ Chirurgien;</li> <li>▪ Pathologiste;</li> <li>▪ Radiologiste;</li> <li>▪ Pharmacien spécialisé en oncologie;</li> <li>▪ Psychologue dédié à l'oncologie;</li> <li>▪ Travailleur social dédié à l'oncologie;</li> <li>▪ Nutritionniste;</li> <li>▪ Spécialiste en réadaptation selon les sièges couverts.</li> </ul> <p>Et au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaborateurs directs (intervenants de CLSC, bénévole, OSBL, intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie, dentiste, agent de pastorale, CDD, CRID et CCSR du PQDCS).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doit accepter et maintenir les liens avec les équipes locales de sa région administrative.</li> <li>▪ Peut être : <ul style="list-style-type: none"> <li>• unisiège tumoral : organisation de services qui permet de traiter un seul siège tumoral;</li> <li>• application des critères du PQLC; OU</li> <li>• multisiège tumoral : organisation de services qui permet de traiter les cancers les plus fréquents;</li> <li>• centre de référence pour 3 ou 4 des cancers les plus fréquents (poumon, sein, colorectal et prostate);</li> <li>• fait de la chirurgie complexe du cancer du sein et colorectal en plus de la chirurgie de base pour le cancer du poumon et de la prostate.</li> </ul> </li> <li>▪ A accès à des ressources diagnostiques (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie complexe et son étendue.</li> <li>▪ La radiothérapie fait partie de la gamme de services offerts et ses professionnels sont intégrés dans l'organisation.</li> <li>▪ Son champ d'expertise pour chaque siège tumoral concerne tout ce qui n'est pas d'expertise suprarégionale.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A l'obligation d'établir des liens avec l'équipe suprarégionale.</li> <li>▪ L'équipe régionale convient avec le palier local et le palier suprarégional, de l'utilisation d'outils cliniques (guides de pratique, protocole de référence, outil de communication, etc.).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A un comité des thérapies du cancer (avec une ressource dédiée) et facilite la participation des équipes locales.</li> <li>▪ A accès à un comité d'éthique.</li> <li>▪ A une archiviste formée en oncologie.</li> </ul> |         |

Note : L'équipe régionale a nécessairement une désignation locale et doit répondre aux critères d'accessibilité, de coordination, de continuité et de qualité se rapportant à l'équipe locale. En ce qui concerne la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe régionale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale d'oncologie pédiatrique.

# ANNEXE 6

Affiche RCM

---

## ANNEXE 6 – AFFICHE RCM

# Réseau Cancer Montérégie (RCM)

Un programme régional pour les professionnels de la santé en lutte contre le cancer

Jean Latreille<sup>1</sup>, MDCM, FRCPC, Christine Mismeault<sup>1</sup>, RN, CON(C), M. Adm., Anne Plante<sup>1</sup>, RN, CON(C), CPCN, Sc. Inf., Brigitte Brabant<sup>2</sup>, MA  
<sup>1</sup>Centre intégré de cancérologie de la Montérégie, Hôpital Charles LeMoine, Longueuil, Qc, Canada; <sup>2</sup>Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**1 Région  
12 centres de santé  
1 philosophie de soins**

Un réseau intégré: Un centre régional et 11 CSSS



Une approche intégrée et coordonnée pour le développement de nouveaux services et pour soutenir les intervenants du réseau de la santé

### Objectifs

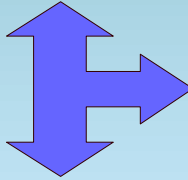
- ↑ Communication (administrateurs et professionnels)
- ↑ Collaboration entre les équipes et avec d'autres équipes
- ↑ Meilleures pratiques dans chaque discipline
- ↑ Utilisation des outils reconnus
- ↑ Sécurité des patients
- ↑ Satisfaction des patients et de leurs familles
- Attirer et retenir la main-d'œuvre compétente
- Mentorat et communautés de pratique
- Efficience des services

### Responsabilités

- Synergie régionale et dialogue
- Formation continue par discipline (administrateurs, infirmières pivots, infirmières en oncologie, infirmières à domicile, nutritionnistes, pharmaciens, physiothérapeutes, intervenants psychosociaux, professionnels en soins palliatifs)
- Formation sur le travail en équipe interdisciplinaire (meilleures pratiques)
- Soutien par les communautés de pratique
- Offrir de la supervision clinique aux différents intervenants
- Offrir un soutien psychosocial et professionnel

### Un cadre de professionnels

Les intervenants régionaux spécialisés  
(infirmières, intervenants psychosociaux, pharmaciens, nutritionnistes, physiothérapeutes...)



- **F**ormation
- **A**ccompagnement
- **S**outien
- **E**valuation

Intervenants des équipes locales



**Notre but...**  
Travailler en collaboration pour offrir des meilleurs soins centrés sur les patients et leurs familles

Pour toute information : [nathalie.bernier@cicm.hclm.qc.ca](mailto:nathalie.bernier@cicm.hclm.qc.ca)