



POLITIQUE EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Plan de mise en œuvre dans les Laurentides 2007-2012

**Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides**

Québec 

EXTRAIT du procès-verbal de la réunion du Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, tenue le 27 novembre 2007, à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, à St-Jérôme

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DANS LES LAURENTIDES 2007-2012 DE LA POLITIQUE EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

CONSIDÉRANT l'attente spécifiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de l'élaboration d'un Plan de mise en œuvre pour supporter la Politique en soins palliatifs de fin de vie;

CONSIDÉRANT que le Plan de mise en œuvre complète et enrichit le Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007;

CONSIDÉRANT l'engagement des membres du *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides* à faciliter l'implantation du Plan de mise en œuvre dans leur milieu respectif;

CONSIDÉRANT les besoins grandissants de la population vieillissante des Laurentides à avoir accès à des soins palliatifs de qualité et ce, peu importe leur pathologie;

Il est proposé par M. Jean Poitras et appuyé par M. Gilles Turcotte,

D'ADOPTER LE DOCUMENT NO 5859 CONCERNANT «LA POLITIQUE EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE, PLAN DE MISE EN ŒUVRE DANS LES LAURENTIDES 2007-2012» ET DE FAVORISER SON IMPLANTATION DANS LES SEPT (7) TERRITOIRES DE CSSS;

D'INCITER LES CSSS À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION DE CE PLAN DE MISE EN ŒUVRE.

Proposition adoptée à l'unanimité

EXTRAIT CERTIFIÉ CONFORME



Jocelyn Ouellet
Président-directeur général et
secrétaire du conseil d'administration

Le 14 décembre 2007

Document produit par la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Conception de la page couverture : Madame Louise Dubois.

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document faites parvenir votre demande :

Par courriel : josée_noel@ssss.gouv.qc.ca

Par téléphone : 450 432 8700 poste 1207

Par télécopieur : 450 569 6304

Par la poste : Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Centre de documentation
1000, rue Labelle, Bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Vous pouvez également consulter ce document sur Internet en visitant le www.rrsss15.gouv.qc.ca

Dépôt légal 4^e trimestre 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89547-114-1

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en respecter l'intégralité et d'en mentionner la source.

Dans ce texte, sauf dans le cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin désigne les deux sexes, sans discrimination.

LISTE DES ACRONYMES

CCSPL	Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides
CH	Centre hospitalier
CHSDL	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ESGS	Établissement de soins généraux ou spécialisés
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSP	Maison de soins palliatifs
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SISAD	Système d'information du soutien à domicile

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1. Nouveaux cas estimés de cancer au Québec pour 2007
- Tableau 2. Décès estimés de cancer au Québec pour 2007
- Tableau 3. Nombre d'hospitalisations pour les personnes de 20 ans et plus, selon les catégories de diagnostics définis, par territoire de CLSC des résidents des Laurentides, pour l'année 2005-2006
- Tableau 4. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Laurentides, 2007
- Tableau 5. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Laurentides, Projection 2026
- Tableau 6. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007
- Tableau 7. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026
- Tableau 8. Proportion des décès selon les principales maladies chroniques, Québec, 2002
- Tableau 9. Nombre de décès pour les personnes de 20 ans et plus, selon les catégories de diagnostics définis, par territoire de CLSC des résidents des Laurentides, pour l'année 2004
- Tableau 10. Répartition des décès par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001
- Tableau 11. Lieu des décès par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, 1997-2001
- Tableau 12. Lieux des décès par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001
- Tableau 13. La répartition des décès dans les Laurentides par trajectoire de fin de vie (moins de 20 ans)

Tableau 14. La répartition des décès dans les Laurentides par trajectoire de fin de vie (plus de 20 ans)

Tableau 15. Pourcentage des décès qui survient dans la région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001

Tableau 16. Proportion de décès par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, à domicile, par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001

Tableau 17. Actes interventionnistes dans le dernier mois de vie parmi les adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001

Tableau 18. Proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec l'urgence dans le dernier mois de vie par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001

Tableau 19. Proportion des décès, par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, survenus ou constatés à l'urgence, par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001

RÉDACTION DU DOCUMENT

Isabelle Trépanier, M.A.

Agente de planification, de programmation et de recherche

Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

REMERCIEMENTS

Ce Plan de mise en oeuvre 2007-2012 a vu le jour grâce à la précieuse collaboration des membres du *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides* (CCSPL), ce comité est le résultat de la fusion du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides et du Comité de soins palliatifs des Laurentides. Cette démarche a été rendue nécessaire en 2006 suite à la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) où plusieurs personnes ont changé de responsabilité et où de nouvelles personnes ont été confirmées dans des fonctions représentées au comité. Nous souhaitons également faire déplacer le moins possible les représentants des établissements pour des réunions à l'Agence, impliquer davantage les organismes communautaires et rejoindre les groupes de médecine de famille (GMF). Après un appel de mise en candidature, la première rencontre s'est tenue en décembre 2006. Voici la composition du CCSPL :

- Madame Marjolaine Albert, CSSS Thérèse-De Blainville
- Madame Diane Angers, CSSS de Saint-Jérôme
- Monsieur Serge Aubertin, Citoyen
- Madame Nathalie Audet, Agence des Laurentides, volet Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- Madame Denise Benoît, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- Dre Annie Bohamed, GMF de la Rouge
- Monsieur Yvon Boutin, CSSS des Pays-d'en-Haut
- Madame Louise Brousseau, CSSS de Saint-Jérôme
- Madame Sylvie Castonguay, CSSS de Saint-Jérôme
- Madame Odile Deshaies, CSSS d'Antoine-Labelle

- Dre Mylène Drouin, Agence des Laurentides, volet santé publique
- Madame Wilma Falconer, Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord
- Madame Marthe Forget, Centre de bénévolat de Saint-Jérôme
- Madame Carole Gaudreau, CSSS d'Antoine-Labelle
- Madame Hélène Labelle, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- Madame Micheline Lamarche, CSSS d'Argenteuil
- Madame Ginette Lanctôt, SERCAN
- Madame Francine Laperrière, CSSS des Sommets
- Dre Lucie Lauzon, GMF de Lorraine
- Madame Manon Léger, CSSS Thérèse-De Blainville
- Madame Martine Legault, Pallia-Vie
- Madame Henriette Martin, Agence des Laurentides
- Dre Nathalie Ménard CSSS des Sommets
- Dr Stéphane Métivier, CSSS de Saint-Jérôme
- Madame France Paquette, CSSS d'Antoine-Labelle
- Madame Audrey Potvin, Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache
- Madame Paule Racine, Société canadienne du cancer
- Madame Micheline Robidoux, CSSS des Sommets
- Madame Michèle Saint-Pierre, CSSS des Sommets
- Madame Isabelle Trépanier, Agence des Laurentides
- Madame Manon Trépanier, CSSS de Saint-Jérôme

Un merci particulier pour les membres de l'ancien comité de soins palliatifs des Laurentides :

- Monsieur André Deshaies, Agence des Laurentides
- Madame Roxane Desjardins, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- Madame Sylvie Gingras, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- Madame Danielle Le Houillier, Maison répit-soins palliatifs pédiatriques (projet)
- Madame Danielle Lizotte, CSSS Thérèse-De Blainville
- Madame Lise Massicotte, CSSS d'Argenteuil
- Monsieur Normand Papineau, Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord
- Madame Justine Ruel, CSSS des Pays-d'en-Haut
- Madame Louise Tremblay, CSSS d'Antoine-Labelle
- Dre Suzie Vermette, CSSS de Saint-Jérôme

Table des matières

<i>Liste des acronymes</i>	4
<i>Liste des tableaux</i>	5
<i>Introduction</i>	10
Présentation du document	10
Politique en soins palliatifs de fin de vie	11
Comité pour l’implantation de la Politique en soins palliatifs	18
Organisation des services de santé et des services sociaux	19
<i>Le Plan de mise en oeuvre</i>	22
<i>Forces et lacunes en soins palliatifs dans les Laurentides</i>	41
<i>Conclusion</i>	46
Caractéristiques de la population des Laurentides	50
Population susceptible de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie	57
Les trois types de trajectoires de fin de vie	57
<i>Bibliographie</i>	70

INTRODUCTION

Présentation du document

Le *Plan de mise en œuvre dans les Laurentides 2007-2012 de la Politique de soins palliatifs de fin de vie* comprend trois sections. En introduction nous présentons les grandes lignes de la Politique en soins palliatifs de fin de vie du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en particulier ses valeurs, ses principes directeurs et ses grands objectifs. Dans un deuxième temps nous dressons un tableau des cibles d'action que l'on souhaite implanter dans les sept Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cours des cinq prochaines années. Pour chacune des cibles on fournit l'état de situation de l'offre de services dans les Laurentides et certaines conditions de réussite.

Enfin en Annexe on fournit des données statistiques sur le cancer et les maladies chroniques. De plus, étant donné que les soins palliatifs toucheront davantage la population des personnes âgées de 65 ans et plus, on présente des tableaux par territoire de CSSS de la proportion actuelle des personnes âgées et projetée pour 2016. Mais qui sont ces personnes qui ont recours aux soins palliatifs? Pour répondre à cette question, l'Institut national de santé publique a publié récemment un document sur les personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs selon trois trajectoires de maladie : le cancer (trajectoire I), les maladies circulatoires et respiratoires chroniques (trajectoire II) et les personnes âgées et fragiles ainsi que celles atteintes de démence (trajectoire III). Pour la population susceptible de bénéficier de soins palliatifs, des tableaux indiquent, par région sociosanitaire, certains indicateurs de suivi tels que : la répartition des décès par trajectoire de fin de vie, les lieux de décès par type de trajectoire, la proportion des décès à domicile, les visites à l'urgence, les actes interventionnistes en fin de vie, les décès constatés ou survenus à l'urgence.

Politique en soins palliatifs de fin de vie

En juin 2004, le ministère de la Santé et de Services sociaux publiait la *Politique en soins palliatifs de fin de vie*.¹ Cette dernière est le résultat de quatre années de travail suite à la remise du rapport de mesdames Lambert et Lecomte rédigé pour le Réseau de soins palliatif du Québec en 2000.²

Cette Politique est un outil par lequel le Ministre exprime son désir de voir la desserte de soins palliatifs devenir une réalité et une priorité dans chacune des régions et des établissements du Québec. À cet égard, elle touche tous les aspects d'une action efficace et se centre sur les besoins des personnes peu importe leur âge ou leur type de pathologie en assurant une continuité de soins, tournés désormais vers le soulagement de la douleur et les soins de confort. Plus particulièrement, la Politique s'adresse aux personnes rendues à l'étape préterminale ou terminale d'une maladie. La période préterminale correspond souvent à une période où la maladie évolue lentement alors que les traitements curatifs ont pour la plupart été abandonnés. Quant à la phase terminale, elle fait référence à une condition clinique souvent instable provoquant une perte d'autonomie accélérée.

D'après la définition de l'Organisation mondiale de la santé, «les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004.

² Lambert P., Lecomte M., *Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie*, Rapport sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec, Mars 2000.

l'utilisateur et ses proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs.» L'organisme précise que «les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux usagers de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort».³

Les services de soins palliatifs doivent s'établir dans le respect de l'équité d'accès, impliquer une coordination concertée entre les différents sites de prestations de soins, en mettant en jeu les avantages des complémentarités professionnelles et de l'approche interdisciplinaire. En outre, la préoccupation de la transition vers une approche palliative doit s'inscrire précocement au sein des organisations curatives afin de permettre le respect de la volonté et des besoins de la personne en fin de vie.

La Politique en soins palliatifs de fin de vie mentionne les **valeurs** qui sous-tendent la réalisation de ce plan de mise en œuvre régional. Il convient de réaffirmer certaines d'entre-elles devant guider la prestation des services en soins palliatifs telles que :

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004, page 7.

- La valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, la valeur de la vie et le caractère inéluctable de la mort;
- La nécessaire participation de la personne à la prise de décision, aidé en cela par la règle du consentement libre et éclairé, ce qui suppose que la personne soit informée selon sa volonté sur tout ce qui la concerne, y compris sur son état véritable, et que l'on respecte ses choix;
- Le devoir de confidentialité des intervenants qui empêche la divulgation de tout renseignement personnel à des tiers à moins que la personne ne les y autorise;
- Le droit à des services empreints de compassion de la part des intervenants, donnés dans le respect de ce qui confère du sens à l'existence de la personne, soit :
 - ses valeurs;
 - sa culture;
 - ses croyances;
 - ses pratiques religieuses, s'il y a lieu, ainsi que celles de ses proches.

Les soins palliatifs sont accessibles à domicile, en centres hospitaliers (CH), en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en maisons de soins palliatifs (MSP).

Les **principes directeurs** de la Politique sont :

- *Les besoins et les choix des personnes : au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation de services.*
 - Il importe que la personne en fin de vie prenne part aux décisions qui la concernent et que les services offerts respectent ses valeurs et celles de ses proches. Les services offerts visent le maintien d'une meilleure qualité de vie dans le respect de la dignité et de l'intimité de la personne.

- *Le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel : un choix à privilégier pour celles qui le désirent.*
 - La Politique souhaite privilégier la prestation de services le plus près possible du milieu de vie naturel de la personne, à savoir son domicile. Par conséquent, les services sont accessibles au moment opportun, et sans délai, ils sont disponibles avec l'intensité requise aux différents stades de l'évolution de la maladie. En tout temps la personne peut réévaluer sa décision de demeurer à la maison.

- *Le soutien aux proches : un élément fondamental de la planification, de l'organisation et de la prestation des services.*
 - Dans l'éventualité où les proches souhaitent s'impliquer dans les soins offerts à la personne en fin de vie, il est nécessaire qu'ils aient accès à toute l'information concernant la personne malade une fois que celle-ci aura signifié son consentement. Les proches doivent par ailleurs maîtriser, par de la formation,

les techniques nécessaires pour prodiguer les soins. En cas d'urgence, ils sauront où se diriger pour obtenir de l'aide rapidement. Enfin, si la tâche devient trop lourde, les intervenants de la santé sont en mesure de prendre la relève.

Les **grands objectifs** de la Politique sont :

- *Une équité dans l'accès aux services partout au Québec.*
 - Les services de soutien à domicile offerts par une équipe interdisciplinaire comprennent les services médicaux 24/7, les soins infirmiers 24/7, les services psychosociaux, d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition, les services d'aide à domicile, de répit, de dépannage et de gardiennage. Une ligne téléphonique dédiée est offerte 24/7, de même qu'une couverture pharmaceutique 24/7. Sont aussi disponibles les équipements de surveillance à distance, les aides techniques et les fournitures médicales.
 - Les services en centre de jour sont en complémentarité aux services de soutien à domicile, ils peuvent être offerts en CHSLD, en maisons de soins palliatifs ou en CLSC.
 - Les soins palliatifs sont également offerts par les maisons de soins palliatifs, dans des unités de soins palliatifs en centre hospitalier et dans un centre hospitalier sans unité de soins palliatifs.
 - La prestation de services se fait par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire qui réalise un plan de services individualisé mis à jour régulièrement. Les membres de l'équipe soignante peuvent contribuer au plan de soins en phase palliative, notamment en oncologie. Des liens étroits doivent par conséquent se tisser entre les équipes. Idéalement, chaque site de prestation doit compter une équipe interdisciplinaire composée des intervenants suivants : médecin, pharmacien, infirmière, travailleur

- social, psychologue, animateur de pastorale, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute et toute autre personne possédant les compétences pertinentes à l'élaboration du plan d'intervention. En soutien à l'équipe, les bénévoles et les organismes communautaires peuvent intervenir.
- En plus de faire connaître dans leur territoire de desserte les services qu'ils offrent en soins palliatifs, les CSSS doivent définir et uniformiser pour tous les sites de prestation du même type les critères d'admissibilité aux programmes et aux services.
 - Selon le type d'établissement, la contribution financière des usagers doit être uniforme.
- *Une continuité de services entre les différents sites de prestation.*
 - Pour assurer une continuité, on se doit de définir clairement les responsabilités de chaque fournisseur de soins palliatifs, de mettre en place un mécanisme de concertation régionale entre les gestionnaires de services et de mettre en place un mécanisme permettant la continuité entre les fournisseurs de soins palliatifs.
 - Une fois les rôles de chaque fournisseur déterminés et compris de tous, l'Agence doit mettre en place un lieu de partage et de concertation réunissant les gestionnaires et des cliniciens en soins palliatifs, à savoir un comité régional. Ce comité permet la rétroaction des intervenants, impliqués au sein des équipes interdisciplinaires, sur les difficultés rencontrées sur le terrain en vue d'établir un modèle de concertation et de continuité des services qui en garantisse l'efficacité.
 - Par ailleurs, un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs de la communauté doit être instauré. Dès l'annonce du diagnostic, le fournisseur du service (centre hospitalier, clinique externe, urgence, clinique médicale) propose à l'utilisateur qui le désire de le référer au territoire de CLSC où il réside.

- Afin que la personne ait toujours quelqu'un à qui se référer dès l'annonce du diagnostic, chaque CSSS doit identifier sur son territoire un professionnel de la santé (une infirmière pivot) qui a comme fonction la coordination des soins palliatifs. Cette personne doit avoir un mandat clair connu de tous et posséder les leviers d'action appropriés lui permettant d'ouvrir toutes les portes dans les meilleurs délais.
 - Les médecins et les pharmaciens sont des partenaires indispensables, en phase palliative l'accès en tout temps à ces professionnels de la santé comporte des difficultés qui seront surmontées en mettant à contribution les GMF, les cliniques médicales, les médecins de CLSC, la garde médicale 24/7, les pharmaciens de la communauté et en établissement.
 - Pour que les fournisseurs de services soient en mesure de donner rapidement un service, les informations personnelle et clinique d'un usager doivent être acheminées par un mécanisme de liaison de qualité. Les professionnels de la santé doivent communiquer entre eux de manière efficace. Si la personne demeure à domicile, les intervenants devraient avoir accès à l'information clinique en temps réel, par voie électronique ou par un accès au dossier à domicile.
- *Une qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires.*
 - La qualité doit se retrouver à chaque étape du processus, à savoir l'évaluation, l'annonce du diagnostic et du pronostic, la prise de décision, la référence, l'orientation, la planification des soins, l'acceptation des services, la prestation des soins, le suivi de deuil. La qualité se retrouve aussi dans d'autres types de ressources comme l'hébergement, les repas, les soins d'hygiène, l'aide domestique, le constat de décès, la récupération du corps.

- Si on souhaite améliorer la qualité, les conditions suivantes doivent être réalisées :
 - ✓ Concevoir et implanter des protocoles et des normes de pratique;
 - ✓ Améliorer la formation pour l'ensemble des intervenants;
 - ✓ Favoriser le développement de la recherche.

- *Une sensibilisation des intervenants au caractère inéluctable de la mort.*
 - Le ministère de la Santé et des Services sociaux élaborera une stratégie de sensibilisation avec des messages appropriés aux clientèles ciblées (gestionnaires, professionnels de la santé, proches, etc.)

Cette Politique vient ainsi donner un coup de barre significatif en affirmant que les soins de fin de vie font partie intégrante du système de santé, par conséquent les infrastructures de tous les niveaux de la santé doivent mettre sur pied les services requis pour les actualiser.

Comité pour l'implantation de la Politique en soins palliatifs

Afin de conseiller le ministère dans le déploiement de la Politique, incluant le volet des maisons de soins palliatifs, le *Comité pour l'implantation de la Politique en soins palliatifs* a été créé à l'automne 2004. En 2006, il a été décidé que ce

Comité relèverait de la Table sectorielle des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en oncologie. Plus spécifiquement ce comité restreint⁴ est interpellé à :

- contribuer à la révision du plan de mise en œuvre de la Politique et à proposer des priorités d'action;
- proposer des stratégies pour favoriser l'atteinte des objectifs de la Politique et l'implantation des différentes mesures, sur un horizon de quelques années;
- s'assurer que les mesures de la Politique s'appliquent aux diverses clientèles, tout en considérant les spécificités de certaines d'entre-elles.

Pour soutenir les travaux de ce comité, le MSSS a proposé un Plan de mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs⁵ que les membres ont bonifié en regard de leur expertise respective, les responsables du dossier soins palliatifs dans les Agences ont également été mis à contribution. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a ensuite demandé à chaque Agence de rédiger un Plan d'action régional en matière de soins palliatifs. Pour rédiger le Plan de mise en œuvre pour les Laurentides, nous nous sommes ainsi inspirés de ce document ministériel.

Organisation des services de santé et des services sociaux

Avec la création des CSSS, l'ensemble des intervenants des sept territoires locaux des Laurentides sont interpellés à fonctionner en réseau et le pivot de ce réseau est le CSSS. Chacun de ces 7 CSSS doit se doter d'un projet clinique lui

⁴ Sept personnes impliquées activement dans les soins palliatifs composent le Comité, soit 1 médecin, 1 pharmacien, 1 infirmière, 1 travailleur social, 1 animateur de pastorale, 1 représentant des Agences de la santé et des services sociaux, 1 représentant du MSSS responsable du comité.

⁵ *Plan de mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs 2005-2010*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Direction de lutte contre le cancer, version préliminaire du 22 décembre 2005.

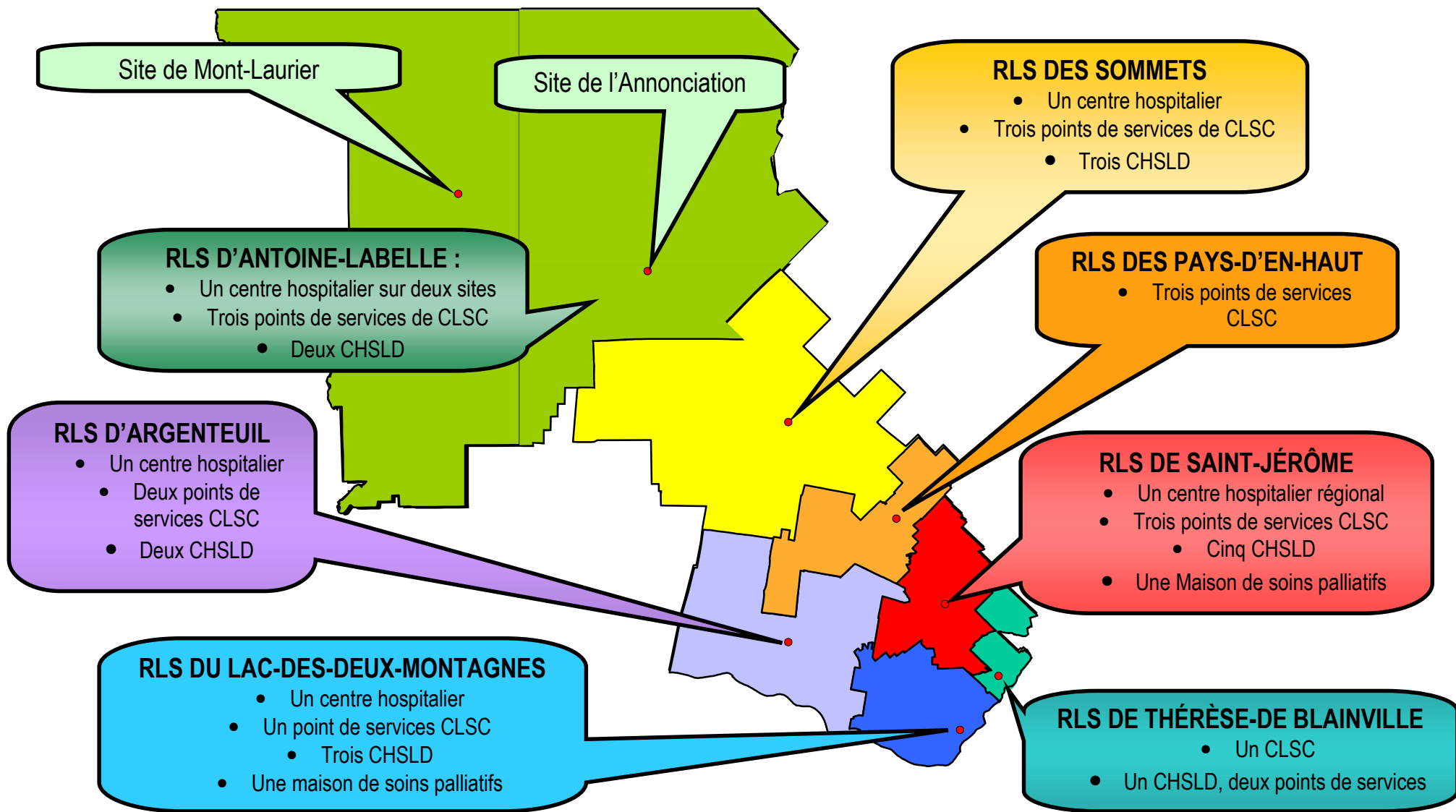
permettant de fixer les objectifs sociosanitaires, de définir une gamme adaptée de services et de déterminer les modes d'organisation et les contributions convenus avec ses partenaires, dont le Groupe de médecine de famille (GMF), s'il est présent sur leur territoire,⁶ les cliniques médicales, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires.

L'organisation des services de santé et des services sociaux repose sur deux principes à savoir, la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants du réseau local de services sont conjointement responsables d'offrir à la population de leur territoire les services qu'elle requiert, ou de s'assurer que les services lui sont offerts. Ils sont par ailleurs responsables du cheminement de la personne à travers les services, autant pour son passage de la première ligne aux services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième lignes que pour son retour aux services de première ligne près de son milieu de vie. La hiérarchisation quant à elle fait référence à la complémentarité entre toutes les lignes de services ayant pour objectif de faciliter le cheminement des personnes à travers les différents types de services.

Nous souhaitons donc que le *Plan de mise en œuvre dans les Laurentides 2007-2012 de la Politique de soins palliatifs de fin de vie* s'intègre dans cette nouvelle organisation de services, plus spécifiquement dans les travaux en regard de l'implantation de leur projet clinique. Dans les Laurentides il y a donc sept CSSS qui seront interpellés au cours des cinq prochaines années pour mettre en place les actions proposées dans le Plan de mise en œuvre. La page suivante présente les principaux établissements de la région par territoire de réseau local de service.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du programme de santé publique, *Rapport national sur l'État de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 2005.

Réseaux locaux de services (RLS) des Laurentides



LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Le Plan de mise en œuvre propose 35 actions regroupées dans 9 catégories. Pour chacune des actions proposées, nous avons demandé à une ou un répondant de CSSS d'indiquer l'offre de services actuelle sur son territoire de desserte et de nous identifier, le cas échéant, des conditions de réussite qui faciliteraient le déploiement de ces services. Une fois les réponses obtenues des 7 CSSS, nous avons effectué une compilation des états de situation locaux pour en dégager un portrait régional. Voici la liste des actions.

Intégrer les éléments du plan de mise en œuvre dans tout exercice de planification régionale et locale

- Inclure les éléments du plan de mise en œuvre lors de l'élaboration des trajectoires de services et des projets cliniques.
- Inclure les éléments du plan de mise en œuvre lors de l'élaboration du Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie et dans les plans d'action régionaux pour faire face au vieillissement.
- Inclure les éléments du plan de mise en œuvre dans l'implantation de la Politique de soutien à domicile.
- Inclure des éléments du plan de mise en œuvre dans les plans d'action régionaux et locaux de lutte contre le cancer.

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social

- Assurer l'accès à un service téléphonique disponible 24 h sur 24, 7 jours sur 7 avec un accès prioritaire pour les personnes en fin de vie.
- Assurer l'accès à un service de médecins et d'infirmières disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Assurer l'accès à une couverture pharmaceutique 24/7 pour les personnes à domicile.
- Assurer un accès approprié à des équipements et des aides techniques pour les personnes à domicile.
- Assurer un accès approprié à des lits de répit et de dépannage.
- Assurer dans chaque territoire de CSSS la présence d'une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs.

Développer des programmes de soins palliatifs pour les personnes hébergées en CHSLD, en résidences privées et dans les ressources alternatives (ressources intermédiaires, ressources de type familial et ce, avec ententes de services)

- Favoriser le maintien des personnes hébergées dans leur milieu de vie.
- Adapter l'environnement des personnes en fin de vie pour préserver l'intimité.
- Offrir des services avec l'intensité requise selon une approche globale de la personne et avec dignité.
- Former le personnel de ces centres aux spécificités de l'approche palliative.

Donner accès à des lits dédiés en soins palliatifs

- Augmenter l'accès à des lits dédiés en soins palliatifs, en centre hospitalier ou en CHSLD, en fonction de la norme ciblée.

Planifier le recours aux maisons de soins palliatifs (MSP)

- S'assurer que chaque MSP s'inscrit dans le plan d'organisation de services de la région et qu'elle est reliée, par entente, à un ou des RLS, afin de faciliter la continuité et la fluidité des services.
- Analyser les demandes d'agrément des MSP et faire une recommandation à cet effet au MSSS en vue de l'émission d'un agrément par le ministre.

Assurer l'accessibilité au transport ambulancier pour les personnes en fin de vie

- Assurer la gratuité du transport ambulancier en fin de vie et adapter la politique de déplacement des usagers en ce sens.
- Définir des protocoles de services ambulanciers entre les différents sites de prestation, incluant les maisons de soins palliatifs, pour les personnes en fin de vie.
- Offrir des services de transport ambulancier en fonction de ces protocoles.

Améliorer la continuité des services entre les différents sites de prestation

- Poursuivre la concertation entre les partenaires impliqués au *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides*.
- Instaurer, à l'aide de critères d'admission standards par type d'établissement, un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs au moment opportun qui favorise un passage fluide du curatif vers le palliatif.
- Formaliser les ententes de services nécessaires entre les divers fournisseurs de services du territoire.
- Uniformiser la contribution financière des personnes en fin de vie pour un même type de services.

- Se doter d'un mécanisme de coordination des services en fin de vie pour la concertation entre le CSSS, le CH et la communauté et entre l'équipe de soins palliatifs et l'équipe de lutte contre le cancer.
- Assurer au niveau local, la présence d'infirmières avec expertise en soins palliatifs pour améliorer notamment le transfert bidirectionnel des informations cliniques.

Assurer la qualité des services de soins palliatifs de fin de vie

- Veiller à l'utilisation des normes et standards de pratique reconnus dans chaque site de prestation et en assurer le suivi.
- Diffuser les *Protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie, Les soins de fin de vie, Les approches thérapeutiques* et soutenir leur utilisation.
- Diffuser les *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques* et soutenir leur utilisation.
- Développer un ou des systèmes de monitoring de la qualité des services en lien avec les normes de pratique et standards reconnus.
- Bonifier la formation de base, en cours d'emploi et la formation continue.
- Mettre en place un comité d'éthique clinique dans chaque territoire de CSSS.

Mettre en place un processus d'évaluation du Plan de mise en œuvre et effectuer la reddition de compte

- Effectuer le suivi et l'évaluation du plan de mise en œuvre de la Politique.
- Effectuer le suivi des indicateurs de gestion en place.
- Effectuer le suivi des indicateurs de gestion en expérimentation.

Intégrer les éléments du plan de mise en oeuvre dans tout exercice de planification régionale et locale

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Inclure les éléments du plan de mise en oeuvre lors de l'élaboration des trajectoires de services et des projets cliniques (cancer, PALV, MPOC, enfants, etc.)</p>	<p>Cet aspect sera suivi au fil des ans par le <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i> et par les travaux de l'Agence sur les continuums de services.</p>	
<p>Inclure les éléments du plan de mise en oeuvre lors de l'élaboration du Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie et dans les plans d'action régionaux pour faire face au vieillissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au niveau provincial, le Plan d'action spécifique de repositionner le rôle du centre d'hébergement et de soins de longue durée en lui attribuant la fonction suivante : les soins palliatifs de fin de vie aux personnes qui y résident et aux personnes de la communauté qui ne peuvent recevoir ces soins à domicile. ✓ On souhaite également d'accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes recevant des services à domicile, de même que l'intensité des services et le nombre de lits destinés à cette fin. ✓ Le document de la région des Laurentides constate l'insuffisance des ressources en soins palliatifs à domicile, en maison de soins palliatifs, en milieu d'hébergement et en centre hospitalier. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consolider l'organisation des soins palliatifs dans ces milieux. ✓ Créer des passerelles interprogrammes afin d'améliorer l'accès aux services.

Intégrer les éléments du plan de mise en oeuvre dans tout exercice de planification régionale et locale (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Inclure les éléments du plan de mise en oeuvre dans l'implantation de la Politique de soutien à domicile.</p>	<p>La Politique précise que l'on doit offrir gratuitement, aux personnes qui reçoivent des soins palliatifs, les services professionnels d'aide domestique et d'assistance personnelle, déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé.</p>	
<p>Inclure des éléments du plan de mise en oeuvre dans les plans d'action régionaux et locaux de lutte contre le cancer.</p>	<p>Cet aspect sera suivi au fil des ans par le <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i>.</p>	

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Assurer l'accès à un service téléphonique disponible 24 h sur 24, 7 jours sur 7 avec un accès prioritaire pour les personnes en fin de vie;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inscrire les personnes en soins palliatifs dans les systèmes Info-Santé et Info-Social pour qu'elles soient connues lors des appels et ce, afin de simplifier les méthodes et le travail de l'infirmière. 	<p>Dans tous les CSSS, les personnes sont inscrites automatiquement et ont accès, dans plusieurs territoires, au service par l'entremise d'une ligne téléphonique dédiée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer un outil concis ex. : donner une carte aux patients avec le numéro de téléphone qu'ils peuvent rejoindre en tout temps. ✓ Créer un outil de dépistage pour la clientèle se présentant à l'urgence et/ou dans les cabinets de médecins de famille, les GMF similaire à l'outil de dépistage chez la personne âgée. ✓ Élaborer une fiche clientèle pour toutes personnes présentant le profil soins palliatifs. ✓ L'infirmière à domicile de garde devrait être le numéro 1 en appel pour cette clientèle et être une infirmière formée et à l'aise avec la clientèle et possédant des connaissances en soins palliatifs.
<p>Assurer l'accès à un service de médecins et d'infirmières disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser une garde infirmière et médicale 24/7 pour soutenir les personnes en fin de vie et le personnel lorsque le médecin de famille ou le médecin traitant n'est pas accessible (soir et fin de semaine). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garde infirmière 24/7 disponible partout. ✓ Garde médicale disponible dans un peu plus de la moitié des CSSS (Antoine-Labelle, Des Sommets, Lacs-Deux-Montagnes, Saint-Jérôme, Thérèse-De Blainville). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer l'équipe médicale en SAD. ✓ Élaborer une fiche clientèle pour toutes personnes présentant le profil soins palliatifs. ✓ Créer une clinique externe en soins palliatifs avec une équipe formée et à l'aise avec les soins palliatifs à domicile. ✓ S'assurer qu'un médecin vienne constater rapidement le décès à domicile. ✓ Visite de l'infirmière au décès pour fournir accompagnement et soutien à la famille et ce, 24/7. ✓ Créer des protocoles de soins cliniques reconnus en soins palliatifs (entre autres pour le soulagement de la douleur).

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Organiser l'accès à un médecin dans un délai raisonnable lorsque le médecin de famille ou le médecin traitant s'absente pour de longues périodes (vacances, congé maladie, etc.) ou lorsqu'il part à la retraite.</p>	<p>Disponible par l'entremise du médecin de garde ou d'une clinique externe, des délais d'attente sont possibles en raison de la disponibilité des effectifs médicaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir la formation. ✓ Établir des ententes claires avec les médecins des cliniques privées faisant du palliatif relativement à la garde. ✓ Manque d'effectif médical pour donner un accès rapide à la clientèle. L'organisation en équipe permettrait une économie de temps pour eux, donc possibilité de voir plus de malades et de recruter plus facilement des médecins.
<p>Prévoir une expertise médicale pour des clientèles particulières comme les enfants.</p>	<p>Il n'y a pas d'expertise développée.</p>	<p>Développer une expertise pédiatrique régionale et établir des corridors de services.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer l'accès à une couverture pharmaceutique 24/7 pour les personnes à domicile; ✓ Identifier localement et conclure des ententes avec des pharmacies communautaires désignées pour rendre disponible en tout temps, sur les heures habituelles d'ouverture, une liste de médicaments spécialisés en soins palliatifs. 	<p>La majorité des territoires assure une couverture pharmaceutique 24/7 à l'exception des CSSS des Pays-d'en-Haut, Lac-des-Deux-Montagnes et Argenteuil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Établir des ententes avec une pharmacie communautaire du territoire. ✓ Le soulagement de la douleur est la pierre angulaire d'une prestation optimale des soins de fin de vie. L'ensemble des intervenants des équipes doivent acquérir une expertise sans faille à cet égard.
<p>Conclure des ententes avec des pharmacies communautaires et en établissements pour assurer un accès continu aux services pharmaceutiques en dehors des heures habituelles d'ouverture.</p>	<p>Seulement les CSSS Thérèse-De Blainville et Saint-Jérôme ont un accès.</p>	<p>Établir des ententes avec les pharmacies en établissement.</p>

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Désigner par territoire de CSSS, des pharmaciens (communautaires ou en établissements) responsables de la gestion d'une trousse d'urgence en soins palliatifs.</p>	<p>Disponible dans les CSSS Antoine-Labelle, Des Sommets, Lac-des-Deux-Montagnes (à la Maison de soins palliatifs), Thérèse-De Blainville, Saint-Jérôme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer une liste des médicaments disponibles et faire une mise à jour occasionnelle. ✓ Établir une entente avec pharmacie communautaire.
<p>Avoir accès en tout temps à un médecin pour ajuster au besoin la médication.</p>	<p>Accessible partout à l'exception du CSSS d'Argenteuil le soir et la nuit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Établir des ententes claires avec les médecins des cliniques privées faisant du palliatif relativement à la garde. ✓ Élaborer une fiche clientèle pour tout patient en soins palliatifs (minimum d'informations sur le patient afin de faciliter la prise de décision médicale).
<p>Assurer le transfert d'informations permettant une meilleure connaissance de la personne en fin de vie (diagnostic, symptômes, examens de laboratoire, etc.).</p>	<p>Le transfert d'information est effectué partout.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposer d'un dossier patient informatisé. ✓ Mettre en place une infirmière pivot en soins palliatifs pour le CSSS. ✓ Détenir des outils standards communs.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer un accès approprié à des équipements et des aides techniques pour les personnes à domicile; ✓ Organiser un accès sans frais à des équipements requis par la personne en fin de vie à domicile incluant le prêt, l'entretien, la réparation et le transport des équipements. 	<p>Les services sont accessibles partout, cependant certains frais peuvent être exigés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuer le délai pour l'accessibilité au équipement. ✓ Favoriser la mise sur pied d'un programme régional d'aide financière aux familles pour le financement du transport et de l'installation du matériel prêté. ✓ Impliquer l'ensemble des centres de location d'équipements médicaux de la région.

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Assurer un accès approprié à des lits de répit et de dépannage;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier l'accès à des services de répit et de dépannage et de «présence-surveillance» pour combler rapidement et temporairement des besoins à domicile, évitant ainsi le recours à des services d'hébergement temporaire ou permanent. ✓ Offrir l'accès à ces lits. 	<p>Service de présence-surveillance disponible aux CSSS Antoine-Labelle, Pays-d'en-Haut, Argenteuil, Thérèse-De Blainville et Saint-Jérôme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accroître le nombre de personnes ressources en SISAD. ✓ Avoir une banque de personnes formées et mieux rémunérées.
<p>Planifier l'accès à des services de répit et de dépannage pour la clientèle pédiatrique.</p>	<p>Possibilité d'avoir accès à la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord du CSSS de Saint-Jérôme ou au CHSLD Drapeau-Deschambault du CSSS de Thérèse-De Blainville.</p>	<p>Élaborer un corridor de services régional avec la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier l'accès à un nombre suffisant de lits en hébergement temporaire ou en hospitalisation temporaire. ✓ Offrir l'accès à ces lits. 	<p>Accessible dans les territoires de Saint-Jérôme et Thérèse-De Blainville.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer des lits palliatifs en hébergement. ✓ Établir des ententes avec les hôpitaux. ✓ Assouplir les critères d'admission en CHSLD pour cette clientèle vulnérable.
<p>Assurer dans chaque territoire de CSSS la présence d'une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La composition minimale est : un médecin, un pharmacien, une infirmière spécialisée en soins palliatifs, un intervenant psychosocial et un agent de pastorale. 	<p>Une équipe interdisciplinaire est disponible à Saint-Jérôme, Thérèse-De Blainville, Des Sommets, Antoine-Labelle, en développement au Lac-des-Deux-Montagnes, non accessible dans Pays-d'en-Haut et Argenteuil.</p>	<p>Développer le rôle de l'infirmière pivot en soins palliatifs.</p>

Garantir l'accessibilité, dans chaque CSSS, au panier de services de base jugés essentiels pour les personnes en soins palliatifs sans égard à la pathologie, à l'âge ou au statut social (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
L'équipe collabore avec les autres partenaires du RLS : organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, cliniques médicales, Groupes de médecine de famille (GMF), résidences privées, pharmacies.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La collaboration est très bonne et se fait régulièrement. ✓ Un arrimage supplémentaire reste à faire dans Pays-d'en-Haut. 	Développer la formation continue du personnel œuvrant auprès de cette clientèle et ce, autant en SAD, CH, CHSLD qu'en Maison de soins palliatifs.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier de façon prioritaire la mise en place des équipes de soins palliatifs à domicile. ✓ Offrir l'accès aux services de ces équipes. 	Tous les territoires travaillent en ce sens.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Désigner l'équipe en s'appuyant sur la philosophie, mission et vision de l'établissement. ✓ Nécessite une aide et un soutien financier de la part de l'Agence. ✓ Favoriser la formation en soins palliatifs.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier la mise en place des équipes de soins palliatifs dans les établissements ayant des lits de soins de courte durée. ✓ Offrir l'accès aux services de ces équipes. 	En place dans les territoires Antoine-Labelle, Des Sommets et en devenir ailleurs.	Obtenir un financement adéquat.
Assurer aux équipes un accès à l'expertise régionale ou suprarégionale en soins palliatifs pédiatriques.	Il n'y a pas d'accès actuellement, par contre le médecin traitant peut consulter un collègue de l'extérieur par téléphone.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les équipes oeuvrant en soins palliatifs n'ont pas toutes eu de formation spécifique même celles travaillant à domicile. ✓ Des corridors sont à formaliser.
Offrir le ressourcement du personnel en améliorant l'organisation du travail et en organisant un soutien psychologique.	À organiser dans tous les territoires.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exporter des méthodes reconnues telles que le co-développement. ✓ Organiser le soutien psychologique au CLSC et CHSLD.

Développer des programmes de soins palliatifs pour les personnes hébergées en CHSLD, en résidences privées et dans les ressources alternatives (ressources intermédiaires, ressources de type familial et ce, avec ententes de services)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Favoriser le maintien des personnes hébergées dans leur milieu de vie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fait en majorité pour le volet CLSC et CHSLD ✓ À développer dans les résidences privées. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favoriser la formation et le soutien du personnel dans les résidences privées. ✓ L'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs du CSSS devrait avoir la possibilité d'intervenir dans le CHSLD.
Adapter l'environnement des personnes en fin de vie pour préserver l'intimité.	Rendre les lieux physiques appropriés, à domicile, en CHSLD et en résidences privées.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regrouper en établissement cette clientèle dans un secteur. ✓ S'assurer de la formation du personnel de ce secteur à l'approche palliative.
Offrir des services avec l'intensité requise selon une approche globale de la personne et dans le respect de sa dignité.	Souvent bien organisé en CHSLD, mais à développer en ressources alternatives et en résidences privées.	Développer des lits palliatifs en CHSLD et dans les ressources alternatives.
Former le personnel des établissements, des maisons de soins palliatifs, des résidences privées et des autres ressources alternatives aux spécificités de l'approche palliative.	À prioriser et à développer.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favoriser la formation et le regroupement d'équipes dédiées en soins palliatifs. ✓ Prévoir un support psychologique aux intervenants et un encadrement.

Donner accès à des lits dédiés en soins palliatifs

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Augmenter l'accès à des lits dédiés en soins palliatifs, en centre hospitalier ou en CHSLD, en fonction de la norme ciblée⁷ (considérant qu'un lit dédié est assorti de la disponibilité et de l'accès à une équipe interdisciplinaire).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deux territoires sont actuellement dépourvus de lits dédiés de soins palliatifs; Pays-d'en-Haut et Argenteuil. ✓ Les 16 lits manquant pour rencontrer la norme ciblée pourraient par conséquent être développés dans ces territoires ou encore rehausser le nombre de lits dédiés dans des territoires ayant un volume important de personnes en fin de vie. 	<p>Développer un système régional d'information sur la disponibilité des lits.</p>

Planifier le recours aux maisons de soins palliatifs (MSP)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>S'assurer que chaque MSP s'inscrive dans le plan d'organisation de services de la région et qu'elle est reliée, par entente, à un ou des RLS, afin de faciliter la continuité et la fluidité des services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les deux maisons de soins palliatifs ont signé une entente de services avec leur territoire. ✓ L'accessibilité à leurs services pourrait être élargie à des territoires limitrophes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resserrer les critères d'admission à 1 mois plutôt que 3 mois. ✓ Pré-admission plus détaillée. ✓ Présence d'une infirmière pivot en oncologie et d'une équipe en soins palliatifs.
<p>Analyser les demandes d'agrément des MSP et faire une recommandation au MSSS en vue de l'émission d'un agrément.</p>	<p>Un Comité du MSSS élabore actuellement des critères d'agrément. Les travaux sont prévus être terminés pour 2008.</p>	<p>L'Agence veillera à supporter les MSP afin qu'elles se conforment dans les délais aux critères établis.</p>

⁷ Le MSSS propose actuellement une présence de 50 lits dédiés en soins palliatifs par 500 000 de population. Dans les Laurentides nous avons actuellement 34 lits pour 505 000 de population.

Assurer l'accessibilité au transport ambulancier pour les personnes en fin de vie

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Assurer la gratuité du transport ambulancier en fin de vie et adapter la politique de déplacement des usagers en ce sens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dès que la Politique de déplacement des usagers sera mise à jour par le MSSS, l'Agence s'assurera, en collaboration avec le CCSPL, de l'application de cette gratuité. ✓ Actuellement, il est convenu avec les deux Maisons de soins palliatifs et les CSSS avec lesquels elles sont rattachées que les frais de transport ambulancier d'une personne en fin de vie de son domicile vers une MSP soient assumés par le CSSS où la personne réside. 	
<p>Définir des protocoles de services ambulanciers entre les différents sites de prestation, incluant les Maisons de soins palliatifs, pour les personnes en fin de vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il existe un document de référence entre la Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache et le transporteur J.M.J. Inc. ✓ Un protocole sur le transport ambulancier est présentement en élaboration par la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord. 	
<p>Offrir des services de transport ambulancier en fonction de ces protocoles.</p>	<p>Le MSSS travaille à actualiser la politique de déplacement des usagers.</p>	

Améliorer la continuité des services entre les différents sites de prestation

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuivre la concertation entre les partenaires impliqués au <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i>. ✓ Identifier une stratégie pour implanter la philosophie et le modèle de prestation de services. 	<p>Dans les territoires Des Sommets, Lac-des-Deux-Montagnes, Saint-Jérôme et Argenteuil, des comités internes ont été mis sur pied.</p>	<p>Le CCSPL doit supporter les travaux des CSSS afin d'assurer une prestation de services optimale.</p>
<p>Définir et clarifier régionalement les responsabilités de chaque fournisseur de services.</p>	<p>L'inventaire des services offerts en soins palliatifs par type d'établissement est élaborer, il reste à départager les responsabilités de chacun.</p>	
<p>Assurer une interface permanente avec les équipes interdisciplinaires dans les différents sites de prestation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chaque CSSS doit identifier une personne représentant leur équipe interdisciplinaire de soins palliatifs au CCSPL. ✓ Un mécanisme de communication inter équipe est à élaborer. 	<p>Supporter la création d'infirmière pivot en soins palliatifs.</p>

Améliorer la continuité des services entre les différents sites de prestation (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Instaurer, à l'aide de critères d'admission standards par type d'établissement, un mécanisme de référence systématique vers les soins palliatifs au moment opportun qui favorise un passage fluide du curatif vers le palliatif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des critères d'admission sont établis en ce qui concerne l'admission aux maisons de soins palliatifs. ✓ L'identification, selon les types de pathologie, de l'arrivée en phase palliative de fin de vie est à élaborer en fonction de leur admissibilité aux services des unités de soins palliatifs en centre hospitalier et en CHSLD. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir un meilleur arrimage entre les équipes interdisciplinaires et le soutien à domicile. ✓ Formuler des critères d'admission standardisés venant de la réflexion des membres du Comité régional à l'Agence et exportable dans nos CSSS. ✓ Élaborer une fiche clientèle pour toutes personnes présentant le profil soins palliatifs.
<p>Formaliser les ententes de services nécessaires entre les divers fournisseurs de services du territoire.</p>	<p>Les ententes sont à faire dans tous les territoires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apporter aide et support par les membres du CCSPL. ✓ Créer des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs, communication et collaboration efficace, avoir des ressources dédiées et reconnues en soins palliatifs. ✓ Compléter l'organisation des services en CH pour que l'on puisse compléter nos services par des ententes avec les CH.
<p>Uniformiser la contribution financière des personnes en fin de vie pour un même type de services.</p>	<p>L'équité est à faire dans la région.</p>	
<p>Se doter d'un mécanisme de coordination des services en fin de vie pour la concertation entre le CSSS, le CH et la communauté et entre l'équipe de soins palliatifs et l'équipe de lutte contre le cancer.</p>	<p>Les comités internes sont à formaliser les façons de faire. Il n'y a qu'un seul territoire (Thérèse-De Blainville) qui possède un mécanisme de coordination des services de fin de vie.</p>	<p>Soutenir la mise en place d'infirmière pivot en soins palliatifs dans chaque CSSS.</p>

Améliorer la continuité des services entre les différents sites de prestation (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Assurer au niveau local, la présence d'infirmières avec expertise en soins palliatifs pour améliorer notamment le transfert bidirectionnel des informations cliniques.	Offrir de la formation pour les trois établissements (CH, CLSC, CHSLD).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer des équipes en soins palliatifs au soutien à domicile. ✓ Le soutien de l'Agence est souhaitable.

Assurer la qualité des services de soins palliatifs de fin de vie

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Veiller à l'utilisation des normes de pratique et standards de pratique reconnus dans chaque site de prestation et en assurer le suivi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les normes et les procédures ne sont pas harmonisées entre les divers sites de prestation. ✓ À développer par le projet clinique. ✓ Utiliser les normes et standards pour bâtir la formation. 	À développer régionalement.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffuser les <i>Protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie, Les soins de fin de vie, Les approches thérapeutiques</i> et soutenir leur utilisation ✓ Mettre sur pied un sous-comité du CC SPL afin de supporter la réalisation du Protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie, Projet-pilote d'implantation dans les Laurentides. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ces protocoles ont été acheminés à tous les établissements des Laurentides en novembre 2006 en leur demandant de les faire connaître aux intervenants de leur CSSS. ✓ Un sous comité de travail a été formé à l'été 2007. 	Organiser de la formation régionale pour favoriser l'utilisation des protocoles.
Diffuser les <i>Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques</i> et soutenir leur utilisation.	Les normes ont été acheminées à tous les membres du <i>Comité de soins palliatifs des Laurentides</i> en novembre 2006 en leur demandant de faire circuler à l'intérieur de leur CSSS.	Assurer la présence du chef de programme de la pédiatrie sur le <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i> .

Assurer la qualité des services de soins palliatifs de fin de vie (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<p>Développer un ou des systèmes de monitoring de la qualité des services en lien avec les normes et les standards reconnus (normes d'agrément par le Conseil canadien d'agrément des services de santé).</p>	<p>Développer un système de monitoring pour la région des Laurentides afin d'être en mesure d'établir des comparatifs standards de qualité et ce, de façon uniformisée.</p>	<p>Systématiser un processus d'évaluation de la satisfaction. Diffuser les résultats à l'ensemble des intervenants.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonifier la formation en cours d'emploi et la formation continue. ✓ Prévoir les besoins de formation en soins palliatifs dans le Plan d'action régional de développement des ressources humaines. 	<p>Un sous comité formation a été constitué au printemps 2007 par le <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i>. L'élaboration de modules de formation est prévue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prioriser les formations pour la 1^{ère} année pour la consolidation des équipes. ✓ Avoir régionalement une infirmière conseil clinique spécialisée en oncologie/soins palliatifs au sein du CSSS régional pour faire évoluer la pratique infirmière et coordonner le volet formation.
<p>Collaborer avec le RUIS de l'Université de Montréal pour la dispensation de formation en soins palliatifs pour les intervenants des Laurentides.</p>	<p>À promouvoir via visioconférence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place des incitatifs pour les intervenants désirant acquérir une formation spécifique. ✓ Le RUIS, notamment en oncologie, peut nous transmettre les protocoles de gens qui sont des experts suprarégionaux qui touchent aussi l'enseignement (les stagiaires), la recherche, l'évaluation et la technologie.
<p>Encourager le partage aux plans local et régional des expériences cliniques sur une base régulière par différents moyens (congrès, colloques, discussion de cas, ateliers, etc.).</p>	<p>Par l'entremise des comités internes cet échange peut s'effectuer localement. Au niveau régional, le CCSPL peut contribuer au partage des comptes rendus des colloques, la création d'une page Internet sur le site de l'Agence consacré aux soins palliatifs pourrait faire le recensement des formations à venir.</p>	<p>La formule des dîners ou des soupers-conférences serait à encourager.</p>

Assurer la qualité des services de soins palliatifs de fin de vie (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place un comité d'éthique clinique dans chaque territoire de CSSS ayant le mandat de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Offrir de la formation, un lieu de réflexion pour les intervenants. ○ Collaborer à l'élaboration de lignes directrices sur des thématiques. ○ Répondre à des consultations de cas cliniques en fournissant un regard critique sur les questions éthiques devant l'agir professionnel. 	<p>Quatre CSSS n'ont pas de comité d'éthique soit Argenteuil (à constituer), Lac-des-Deux-Montagnes (à constituer), Thérèse-De Blainville (sur demande) et Pays-d'en-Haut (à constituer).</p>	<p>Diffuser les résultats des discussions à l'ensemble des intervenants.</p>

Mettre en place un processus d'évaluation du Plan de mise en œuvre et effectuer la reddition de compte

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer le suivi et l'évaluation du plan de mise en œuvre de la Politique ✓ Participer aux travaux du MSSS responsable de l'évaluation. 	<p>✓ L'Agence collaborera en partenariat avec les membres du <i>Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides</i>.</p>	<p>L'état de situation par territoire de CSSS servira de point de départ pour constater les avancements.</p>
<p>Produire un bilan régional annuel de l'implantation des actions.</p>	<p>Via comités régional et local.</p>	

Mettre en place un processus d'évaluation du Plan de mise en œuvre et effectuer la reddition de compte (suite)

ACTIONS PROPOSÉES	ÉTAT DE SITUATION DANS LES LAURENTIDES	CONDITIONS DE RÉUSSITE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer le suivi des indicateurs de gestion en place. <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies et en augmentant l'intensité. 	<p>Effectuer le suivi des indicateurs avec les responsables des ententes de gestion dans les établissements et tenir informer les membres du CCSPL des résultats des CSSS.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectuer le suivi des indicateurs de gestion en expérimentation. <ul style="list-style-type: none"> ○ Compiler le nombre de lits dédiés de soins palliatifs. 	<p>Encourager la présence de lits dédiés en soins de fin de vie dans chaque territoire de CSSS.</p>	

FORCES ET LACUNES EN SOINS PALLIATIFS DANS LES LAURENTIDES

À la lumière des réponses obtenues par nos 7 CSSS nous pouvons identifier les forces et les lacunes suivantes quant à l'offre de services actuelle en soins palliatifs dans les Laurentides.

FORCES	LACUNES
Inscription automatique des personnes en soins palliatifs au soutien à domicile	Expertise en soins palliatifs pédiatriques
Accès à une ligne téléphonique dédiée dans la majorité des territoires	Entente avec les pharmacies communautaires afin d'avoir un service en dehors des heures habituelles d'ouverture
Garde infirmière 24/7 disponible partout	Lits pour de l'hébergement temporaire
Garde médicale 24/7 présente dans 5 CSSS sur 7	Équipe interdisciplinaire en soins palliatifs à domicile à consolider dans tous les territoires
Couverture pharmaceutique accessible dans 4 CSSS sur 7	Ressourcement du personnel, soutien psychologique
Présence d'une trousse d'urgence dans 5 CSSS sur 7	Programme de soins palliatifs à développer dans les ressources privées et alternatives
Médecin accessible partout pour ajuster au besoin la médication	Deux CSSS n'ont pas accès à des lits dédiés de soins palliatifs
Équipement et aide technique disponible partout	Mécanisme de coordination des services (via une infirmière pivot)
Lits de répit-dépannage disponibles dans 5 CSSS sur 7	La formation des intervenants
Équipe interdisciplinaire en soins palliatifs dans 4 CSSS sur 7	Présence d'un comité d'éthique dans le CSSS

Afin de ne pas oublier les démarches que l'Agence a entrepris au cours des dernières années nous vous présentons les résultats de deux collectes de données en soins palliatifs relatant les forces et les faiblesses de notre région, vous serez en mesure de constater le chemin parcouru et les écarts qui restent à combler.

En 2003 nous avons effectué une tournée des établissements des Laurentides afin de rédiger un État de situation concernant la lutte contre le cancer. À cette époque les intervenants consultés nous avaient fait part des forces et des faiblesses en regard des soins palliatifs, les voici :

FORCES DE LA RÉGION	FAIBLESSES DE LA RÉGION
<p>Les médecins et le personnel soignant impliqués ont un souci et un intérêt marqué pour le bien-être des personnes. Plusieurs initiatives sont faites pour améliorer la qualité du suivi des personnes en soins palliatifs.</p>	<p>Il y a un manque d'effectifs médicaux pour effectuer des suivis en soins palliatifs au niveau des cabinets privés.</p>
<p>Des activités de formation continue en soins palliatifs sont offertes au niveau régional sous forme de souper-conférence pour les médecins. Des activités de formation médicale continue sont aussi offertes par l'équipe médicale en place.</p>	<p>La région fait face à des problématiques importantes pour assurer la garde médicale.</p>
<p>Un projet a été mis sur pied pour maximiser l'expertise clinique d'infirmières ressources en soins palliatifs pour l'ensemble des CLSC de la région. Ce comité régional d'infirmières de CLSC a aussi pour mission d'harmoniser les outils de soins et favoriser le contact interétablissement.</p>	<p>Il y a des iniquités dans le suivi médical à domicile. Certains médecins sélectionnent les personnes qu'ils acceptent de suivre en soins palliatifs car il est impossible de répondre à toutes les demandes.</p>

FORCES DE LA RÉGION	FAIBLESSES DE LA RÉGION
Certains établissements offrent de la formation continue pour le personnel de soutien (auxiliaires familiales, bénévoles).	La durée moyenne de séjour est en lien direct avec la capacité de prise en charge médicale hors centre hospitalier.
La région bénéficie de quelques organismes bénévoles bien structurés.	Il y a une méconnaissance des services disponibles en CLSC.
Le CHSLD Drapeau-Deschambault, du bassin sud de la région, démontre un intérêt à développer des services d'hébergement en soins palliatifs.	On fait face à des difficultés d'accès aux narcotiques lorsque le besoin est immédiat.
	Les CLSC n'ont pas d'équipe interdisciplinaire formelle en soins palliatifs.

Pour sa part, l'Association québécoise de soins palliatifs a effectué en 2000 une tournée régionale afin de recueillir l'opinion des intervenantes et des intervenants impliqués du Québec. Voici la liste des forces et des faiblesses qui furent mentionnées lors de leur visite dans la région des Laurentides.⁸

FORCES	FAIBLESSES
Liens hôpital-CLSC.	Inégalités et difficultés dans l'accessibilité aux soins palliatifs.
Collaboration hôpital-CHSLD.	Manque de ressources humaines, matérielles et financières.

⁸ *Le citoyen : une personne du début...à la fin de sa vie, Profil régional 15 Laurentides*, Rapport Lambert, Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec pour l'Association québécoise de soins palliatifs, 2000.

FORCES	FAIBLESSES
Certains médecins vont à domicile.	Manque de clarté dans la définition des soins palliatifs.
OSBL : concertation, interdisciplinarité, éducation populaire.	Manque de support à la famille et aux intervenants.
Fort désir d'humanisation des soins, demeurer centré sur la personne malade.	Échange d'information et concertation au niveau régional déficients.
Conscience des responsabilités individuelles et collectives.	Manque de formation à tous les niveaux (établissements, organismes communautaires, population).
Services aux endeuillés.	Condition de travail déficiente.
Existence d'unités de soins palliatifs structurées et d'équipes multidisciplinaires.	Mauvaise organisation des soins à domicile.
Les soins palliatifs font partie du plan de la Régie régionale mais ont été mis de côté, faute de ressources.	Les bénévoles sont très sollicités, par conséquent leur mandat s'élargi.
	Pas de politique de gestion des médicaments.
	Plusieurs médecins ne savent pas contrôler la douleur et les symptômes.
	Manque d'accompagnement au niveau spirituel à domicile.
	Population pauvre. Manque de moyens en CLSC.
	Manque de support aux intervenants.
	Médicaments et équipements pas disponibles gratuitement pour tout le monde en besoin.

FORCES	FAIBLESSES
	Financement inadéquat des organismes communautaires.
	Services répit, gardiennage, dépannage 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 déficients.
	Manque de médecins, donc peu de médecins vont à domicile ou sont impliqués en soins palliatifs.

CONCLUSION

À la lecture de la section « conditions de réussite » il ne fait nul doute que d'ici les cinq prochaines années, les membres du *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides*, de concert avec les partenaires de leur réseau respectif, devront travailler en particulier sur les aspects suivants :

Les outils : À plusieurs reprises on souligne la nécessité d'outiller le réseau, que ce soit de fournir une carte aux personnes en fin de vie avec un numéro de téléphone afin qu'elles puissent rejoindre en tout temps une infirmière ou un médecin de garde. On souhaite également créer un outil de dépistage des personnes en fin de vie à l'urgence ou sur les cabinets de médecins, de compléter une fiche clientèle pour toutes les personnes en fin de vie, de rédiger une liste des médicaments disponibles dans la trousse d'urgence, de disposer d'un dossier patient informatisé, de développer un système sur la disponibilité des lits dédiés de soins palliatifs sur tout le territoire des Laurentides, de créer des protocoles de soins cliniques reconnus.

Les équipes : La consolidation des équipes en place est aussi mentionné à quelques reprises. Celle au niveau du soutien à domicile semble être une priorité à mettre en place partout sur le territoire. À plus grande échelle, doter chaque territoire de CSSS d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs est enclenché dans bon nombre de CSSS.

Les infirmières pivots en soins palliatifs : Il s'agit d'un souhait que beaucoup d'intervenants ont signifié. Le rôle de l'infirmière pivot en soins palliatifs vient en effet renforcer celui de l'équipe interdisciplinaire et favorise que les besoins et les attentes de la personne en fin de vie sont toujours priorisés.

L'Agence : À la fois pour permettre la consolidation des équipes et la mise en place de poste d'infirmière pivot, le soutien financier de l'Agence des Laurentides est incontournable et s'actualisera au cours des prochaines années.

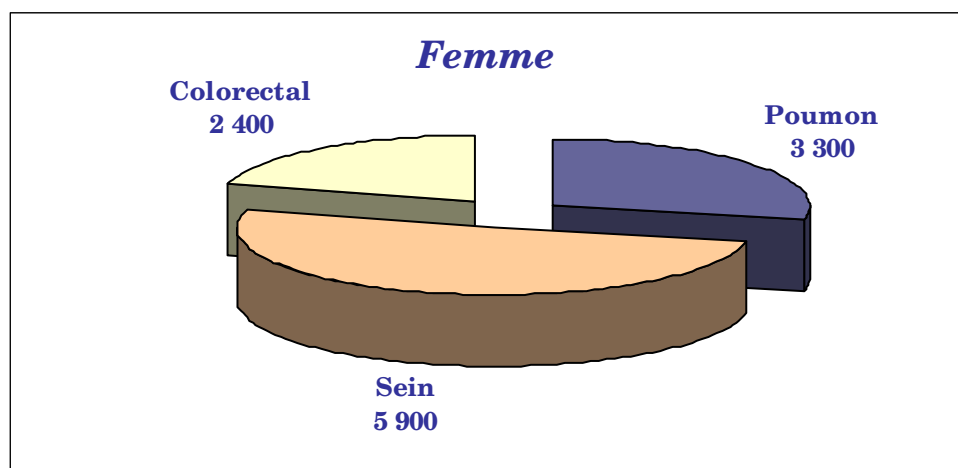
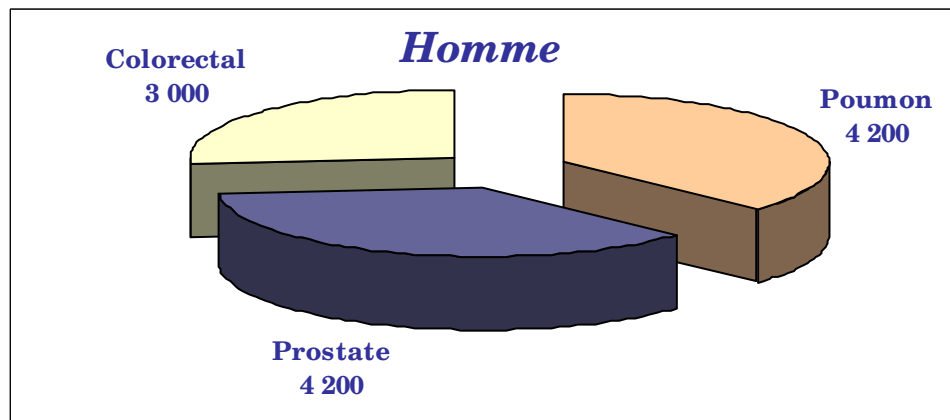
La formation : Quelle soit de base ou en continue, la formation est nécessaire si on souhaite doter nos équipes interdisciplinaires d'intervenants compétents et qualifiés pour la tâche. Un sous-comité du *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides* a d'ailleurs été créé afin de déployer des modules de formation. La formation doit toucher les intervenants en CLSC, en milieu hospitalier, en centre d'hébergement ainsi que les bénévoles qui y travaillent.

Les ententes de services : Pour arrimer les diverses composantes qui offrent des services de soins de fin de vie, la formalisation de corridors de services et la signature d'ententes de services est inéluctable. Cela permet d'assurer une offre de service en tout temps sur le territoire et même de permettre d'avoir accès à un service non disponible localement. Cela encourage également le partenariat entre les CSSS. Un inventaire des ententes nécessaires au bon fonctionnement des services est à faire pour en arriver par la suite à les formaliser.

Ce plan de mise en œuvre s'actualisera d'ici les cinq prochaines années. Il nécessitera un engagement indéfectible de la part des membres du *Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides* et devra recevoir le soutien des gestionnaires des sept CSSS pour qu'il puisse se déployer concrètement dans l'offre de services en fin de vie. Bien entendu étant donné que ce document s'inscrit en continuité avec le *Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007* l'Agence des Laurentides veillera à soutenir l'implantation du *Plan de mise en œuvre dans les Laurentides 2007-2012 de la politique en soins palliatifs de fin de vie* à la hauteur des ressources mises à sa disposition.

ANNEXE QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES

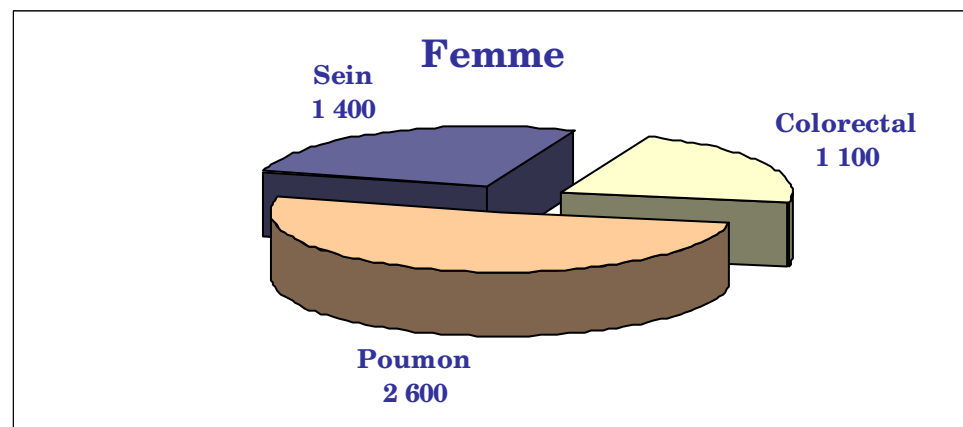
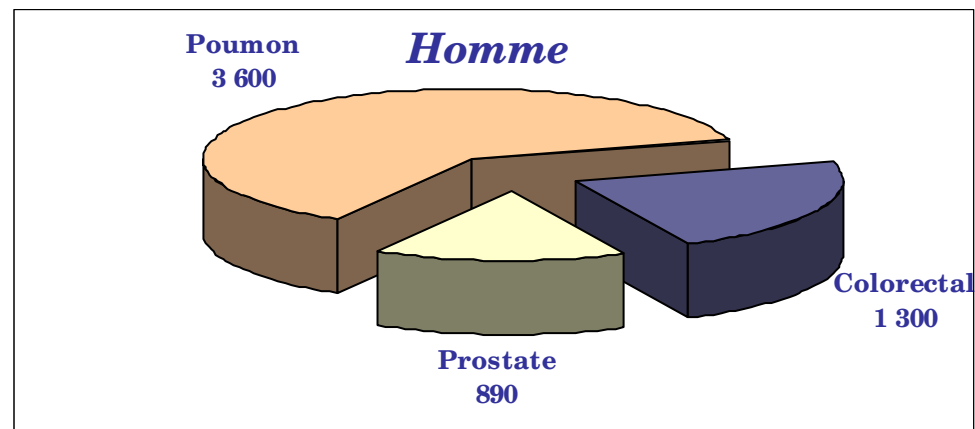
Tableau 1. Nouveaux cas estimés de cancer au Québec pour 2007⁹



Total des nouveaux cas chez les hommes	20 900
Total des nouveaux cas chez les femmes	20 100
Total des nouveaux cas pour les deux sexes	41 000

⁹ Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, 2007.
 Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
 Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

Tableau 2. Décès estimés de cancer au Québec pour 2007



Total des décès chez les hommes	10 400
Total des décès chez les femmes	9 100
Total des décès pour les deux sexes	19 500

Caractéristiques de la population des Laurentides

Tableau 3. **Nombre d'hospitalisations pour les personnes de 20 ans et plus, selon les catégories de diagnostics définis, par territoire de CLSC des résidents des Laurentides, pour l'année 2005-2006**
 (Basé sur la CIM-9)

Diagnostic						Total
Territoire de résidence	Autres	Diabète	Maladie appareil circulatoire	Maladie appareil respiratoire	Tumeur maligne	
Antoine-Labelle	2 949	34	528	254	205	3 970
Argenteuil	1 937	29	397	232	202	2 797
Lac-des-Deux-Montagnes	5 604	62	880	525	386	7 457
Saint-Jérôme	8 039	67	1 312	812	681	10 911
Des Sommets	3 211	25	502	332	317	4 387
Pays-d'en-Haut	2 153	17	359	205	215	2 949
Thérèse-De Blainville	4 908	47	870	457	362	6 644
Total	28 801	281	4 848	2 817	2 368	39 115

Source de données : Fichier Med-Echo, MSSS

Filtre de données :

année : 2005-2006

rss de traitement = 15

rss du bénéf. = 15

code cim9 :

Maladie de l'appareil respiratoire : entre 460 et 519

Maladie de l'appareil circulatoire : entre 390 et 459

Tumeurs malignes : entre 140 et 208

Diabète : 250

Autres : tous les autres codes non pris en compte précédemment

age : entre 20 et 125

La population âgées de 65 ans et plus¹⁰

Tableau 4. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Laurentides, 2007

Région des Laurentides							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
38 002	59	20 622	32	5 436	9	64 060	100

Tableau 5. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Laurentides, Projection 2026

Région des Laurentides							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
81 609	59	44 095	32	13 053	9	138 757	100

Tableau 6. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
6 146	59	3 365	33	837	8	10 348	100

Tableau 7. Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
14 476	60	7 651	32	1 895	8	24 022	100

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaires, de 1981 à 2026*, 2006.

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS de Saint-Jérôme							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
9 111	59	5 166	33	1 289	8	15 566	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS de Saint-Jérôme							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
20 238	58	11 327	32	3 368	10	34 933	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS de Thérèse-De Blainville							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
7 725	61	3 977	31	1 049	8	12 751	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS de Thérèse-De Blainville							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
18 921	59	10 058	32	2 828	9	31 807	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS d'Antoine-Labelle							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
3 552	59	1 904	32	537	9	5 993	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS d'Antoine-Labelle							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
6 708	58	3 710	32	1 159	10	11 577	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS des Pays-d'en-Haut							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
4 299	62	2 143	31	517	7	6 959	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS des Pays-d'en-Haut							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
8 008	59	4 140	31	1 364	10	13 512	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS des Sommets							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
4 283	60	2 258	32	627	8	7 168	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS des Sommets							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
8 168	59	4 204	31	1 349	10	13 721	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, 2007

CSSS d'Argenteuil							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
2 886	55	1 809	34	580	11	5 275	100

Répartition du nombre et pourcentage des personnes de 65 ans et plus, Territoires de CSSS, Projection 2026

CSSS d'Argenteuil							
65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et +		Total 65 ans et +	
n	%	n	%	n	%	n	%
5 090	55	3 005	33	1 090	12	9 185	100

Tableau 8. Proportion des décès selon les principales maladies chroniques, Québec, 2002¹¹

Cancer	32 %
Maladies cardiovasculaires	29 %
Maladies respiratoires	8 %
Diabète	3 %
Autres	28 %

Dans les Laurentides, le cancer est la première cause de mortalité suivi par les maladies de l'appareil circulatoire. Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au troisième rang des décès.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du programme de santé publique, *Rapport national sur l'État de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 2005.

Tableau 9. **Nombre de décès pour les personnes de 20 ans et plus, selon les catégories de diagnostics définis, par territoire de CLSC des résidents des Laurentides, pour l'année 2004**
 (basé sur la CIM-10)

Diagnostic						Total
Territoire de résidence	Autres	Diabète	Maladie appareil circulatoire	Maladie appareil respiratoire	Tumeur maligne	
Antoine-Labelle	73	8	73	28	119	301
Argenteuil	59	9	93	26	102	289
Lac-des-Deux-Montagnes	155	17	187	60	190	609
Saint-Jérôme	193	12	228	70	269	772
Des Sommets	68	9	88	25	138	328
Pays-d'en-Haut	60	11	79	19	94	263
Thérèse-De Blainville	164	16	148	50	237	615
Total	772	82	896	278	1149	3177

Source de données : Fichier des décès, MSSS

Filtre de données :

année : 2005-2006

rss de traitement = 15

rss du bénéf. = 15

code cim9 :

Maladie de l'appareil respiratoire : entre 460 et 519

Maladie de l'appareil circulatoire : entre 390 et 459

Tumeurs malignes : entre 140 et 208

Diabète : 250

Autres : tous les autres codes non pris en compte précédemment

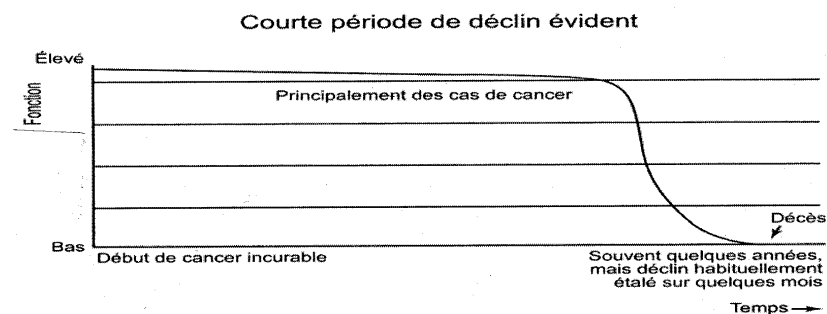
age : entre 20 et 125

Population susceptible de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie¹²

Tel que mentionné dans un document publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Organisation mondiale de la santé reconnaît que les décès reliés à des maladies chroniques potentiellement fatales sont toutes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie. L'INSPQ a donc regroupé ces décès selon trois types de trajectoires de fin de vie, et ce, chez la population adulte de 20 ans et plus.

Les trois types de trajectoires de fin de vie

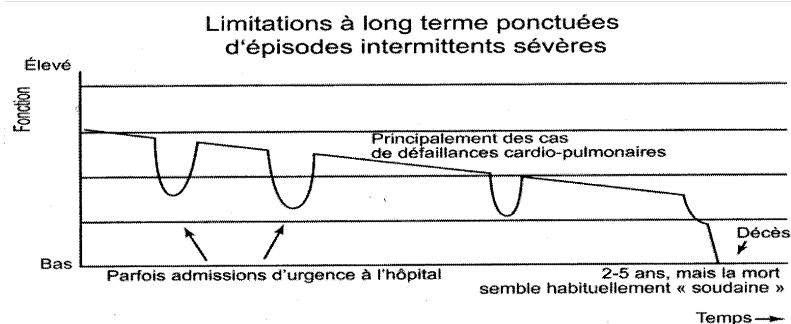
La **trajectoire de type I¹³** concerne principalement les personnes atteintes de cancer. Lorsque le cancer s'avère fatal, ces personnes ont une trajectoire avec une phase terminale habituellement relativement prévisible. Ce type de trajectoire permet de dispenser plus efficacement les soins palliatifs.



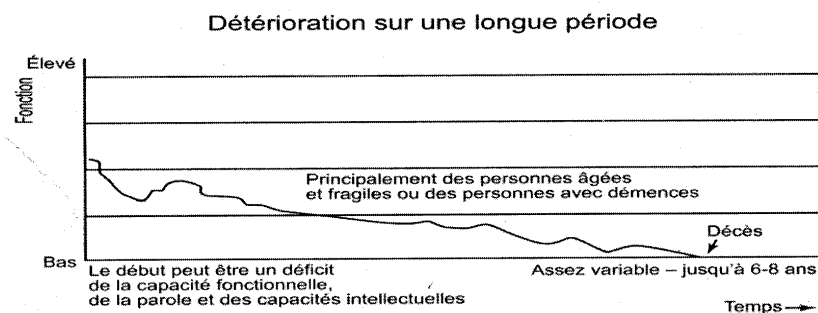
¹² Institut national de santé publique du Québec, Direction système de soins et services, *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs, Partie I : Population adulte (20 ans et plus)*, Mars 2006, 160 pages.

¹³ Ibid. page 5.

La **trajectoire de type II** correspond à un déclin graduel, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue. Ce type de trajectoire est souvent observé chez les individus avec maladies circulatoires et maladies respiratoires chroniques fatales, telle que la MPOC.



La **trajectoire de type III** correspond à un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes avec démence.



Par conséquent, comprendre les différences de besoins selon les trajectoires permet de mieux adapter les interventions aux conditions des personnes.

La répartition des décès par trajectoire de fin de vie

Pour les années 1997 à 2001 chez les adultes de 20 ans et plus on a observé 264 389 décès toutes causes confondues, de ce nombre, 180 436 décès (69 %) ont été classés comme attribuables à une maladie chronique susceptible de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie. Répartis selon les trois trajectoires antérieurement présentées, ces décès se répartissent comme suit :

Tableau 10. **Répartition des décès par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001**¹⁴

Trajectoire	n	%
I	82 555	45,8
II	79 175	43,9
III	18 706	10,4
Total	180 436	100,0

L'INSPQ a proposé des indicateurs afin de suivre la dispensation des soins palliatifs de fin de vie. Dix indicateurs ont été développés qui sont aussi reliés aux grandes orientations de la Politique en soins palliatifs de fin de vie. En voici quelques uns. Lorsque cela était possible nous y avons ajouté des tableaux sur des données concernant la population des Laurentides.

¹⁴ Ibid. page 16.

Tableau 11. **Lieu des décès par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, 1997-2001**

Lieu	%
ESGS ¹⁵	69,8 %
CHSLD ¹⁶	18,6 %
Domicile	8,3 %
Maison de soins palliatifs	2,1 % (info ND pour 1997)

¹⁵ Établissements de soins généraux ou spécialisés.

¹⁶ Centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Tableau 12. Lieux des décès par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001

Trajectoire	Domicile ¹⁷		Maisons dédiées ¹⁸	Établissements de soins généraux ou spécialisés			Établissements de soins de longue durée
	n	%		Total	Lits de courte durée	Autres lits	
	n	%	%	%	%	%	%
Total	180 436 ¹⁹	8,3	2,1	69,8	47,6	22,2	18,6
I	82 555	9,7	4,6	74,7	49,6	25,1	9,5
II	79 175	7,2	0,1	72,0	51,8	20,2	19,8
III	18 706	6,1	0,0	39,2	21,0	18,2	54,0

Dans la région des Laurentides, selon les trois types de trajectoire, le nombre de décès chez les personnes de moins de 20 ans et chez celles âgées de 20 ans et plus se répartit par territoire de CSSS de la manière suivante :

¹⁷ Les décès à domicile incluent ceux qui surviennent au domicile, chez un membre de la famille proche, dans un lieu de résidence autre que le domicile principal (tel un chalet), dans une institution religieuse ou dans une résidence privée non-conventionnée pour personnes âgées.

¹⁸ Information non disponible pour 1997.

¹⁹ 2 121 personnes sont décédées dans d'autres lieux.

Tableau 13. **La répartition des décès dans les Laurentides par trajectoire de fin de vie (moins de 20 ans)**

Nombre de décès de <u>personnes de moins de 20 ans</u> pour des causes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie selon le territoire de réseau local de services de résidence et selon les trois types de trajectoires de fin de vie, 2003			
Territoire de CSSS	Trajectoire 1	Trajectoire 2	Trajectoire 3
Lac-des-Deux-Montagnes	1	1	0
Thérèse-De Blainville	1	2	1
Antoine-Labelle	1	1	1
Saint-Jérôme	2	1	0
Pays-d'en-Haut	0	0	0
Des Sommets	1	3	0
Argenteuil	1	0	0
Région des Laurentides	7	8	2

Source : MSSS, fichier des décès, 2003

Tableau 14. **La répartition des décès dans les Laurentides par trajectoire de fin de vie (plus de 20 ans)**

Nombre de décès de <u>personnes de 20 ans ou plus</u> pour des causes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie selon le territoire de réseau local de services de résidence et selon les trois types de trajectoires de fin de vie, 2003			
Territoire de CSSS	Trajectoire 1	Trajectoire 2	Trajectoire 3
Lac-des-Deux-Montagnes	177	187	60
Thérèse-De Blainville	217	151	49
Antoine-Labelle	96	79	15
Saint-Jérôme	267	229	53
Pays-d'en-Haut	95	94	15
Des Sommets	108	100	18
Argenteuil	77	86	23
Région des Laurentides	1 037	926	233

Source : MSSS, fichier des décès, 2003

Au Québec, entre les années 1997 et 2001²⁰, 92,5 % des décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie sont survenus dans la région de résidence de la personne concernée. Dans les Laurentides, cette proportion est de 87,5 %.

Tableau 15. **Pourcentage des décès qui survient dans la région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001**

Région de résidence	Décès dans la région de résidence				
	Trajectoire				
	n ²¹	Total %	I %	II %	III %
Total	178 311	92,5	90,8	93,1	97,2
Bas-Saint-Laurent	5 564	96,5	96,5	96,0	98,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	6 614	98,9	99,1	98,4	99,6
Capitale nationale	16 210	99,3	99,4	99,1	99,4
Mauricie / Centre-du-Québec	13 544	95,4	95,2	95,1	98,0
Estrie	7 496	97,4	97,4	97,1	98,8
Montréal	51 564	98,6	98,2	98,8	99,3
Outaouais	6 212	98,4	98,5	98,0	99,5
Abitibi-Témiscamingue	3 381	96,7	97,0	95,8	99,6
Côte-Nord	1 838	92,4	93,6	90,4	96,5
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	2 724	93,8	94,1	92,4	98,7
Chaudière-Appalaches	8 849	85,2	82,3	85,7	96,0
Laval	7 551	63,1	57,7	64,2	84,1
Lanaudière	7 984	78,6	73,8	81,9	93,3
Laurentides	9 914	87,5	83,6	90,0	95,2
Montérégie	28 492	86,7	83,2	88,2	95,1
Nunavik/Nord du Québec/ Terres-Cries	374	66,6	70,0	62,8	60,9

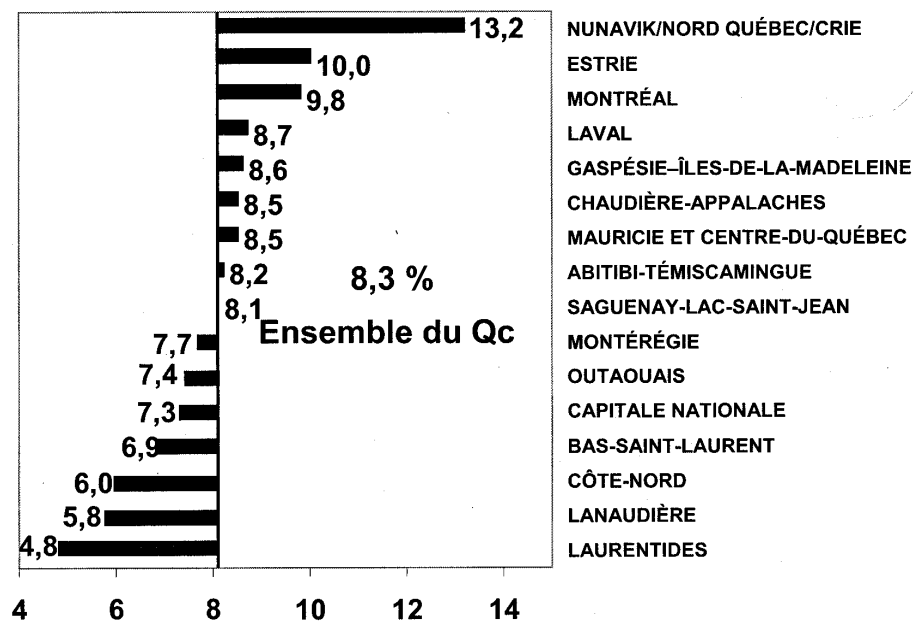
²⁰ Basé sur 178 311 décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie comparativement à 180 436 car 2 121 sont décédées dans d'autres lieux qu'à domicile, qu'en maison de soins palliatifs, qu'en ESGS, ou qu'en CHSLD et 4 personnes ont des données manquantes.

²¹ 2 121 personnes sont décédées dans d'autres lieux que le domicile, les maisons dédiées, les établissements de soins généraux ou spécialisés et les établissements de soins de longue durée et 4 personnes ont de données manquantes.

Les décès à domicile

Comparativement aux autres régions du Québec, les Laurentides ont la plus faible proportion de décès à domicile pour les maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie.

Tableau 16. **Proportion de décès par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, à domicile, par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001**²²

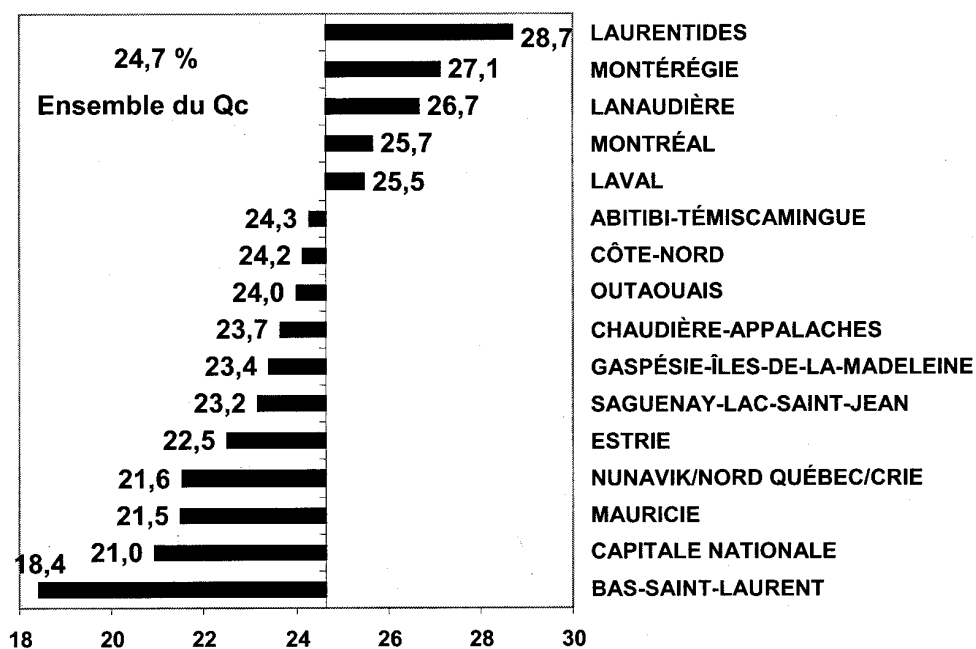


²² INSPQ, loc. cit., page 25.

Les actes interventionnistes en fin de vie

De plus, la région des Laurentides a le plus grand nombre d'actes interventionnistes (ventilation, réanimation, salle d'opération, soins intensifs) dans les derniers mois de vie avec 28,7 % comparativement à 24,7 % pour l'ensemble du Québec.

Tableau 17. **Actes interventionnistes dans le dernier mois de vie parmi les adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001**²³



L'INSPQ mentionne que parmi les personnes susceptibles de bénéficier de soins de fin de vie, 24,7 % ont eu au moins une de ces interventions, 17,2 % sont réanimées, 10,4 % font un séjour aux soins intensifs, 7,4 % subissent une opération et 5,7 % sont ventilées.

²³ Ibid. page 41.

L'implication des médecins avec expertise en soins palliatifs de fin de vie semble associée à une réduction de la dispensation d'actes interventionnistes. En fin de vie, ce type d'actes est plus fréquent chez les personnes traitées uniquement par des spécialistes.

Les visites à l'urgence en fin de vie

La coordination et la continuité des services sont essentielles à des soins palliatifs de qualité. Une fréquence élevée de visites médicales non planifiées, telles que des visites à l'urgence, peut indiquer une certaine lacune dans la coordination et la continuité des soins. Certains auteurs ont observé que parmi les personnes qui utilisent les services de santé, celles qui sont suivies le plus souvent par un même médecin ont moins de risque de se retrouver à l'urgence au cours des six derniers mois de leur vie. Ils ont constaté que les personnes qui n'avaient pas une bonne continuité de soins se rendaient à l'urgence presque quatre fois plus souvent que celles qui avaient une bonne continuité. Tous s'accordent pour dire que l'urgence n'est pas le lieu que devraient fréquenter en fin de vie les personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs.

Au Québec 56,5 % des personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs ont eu, entre 1997 et 2001, au moins un contact avec l'urgence dans le dernier mois de vie.

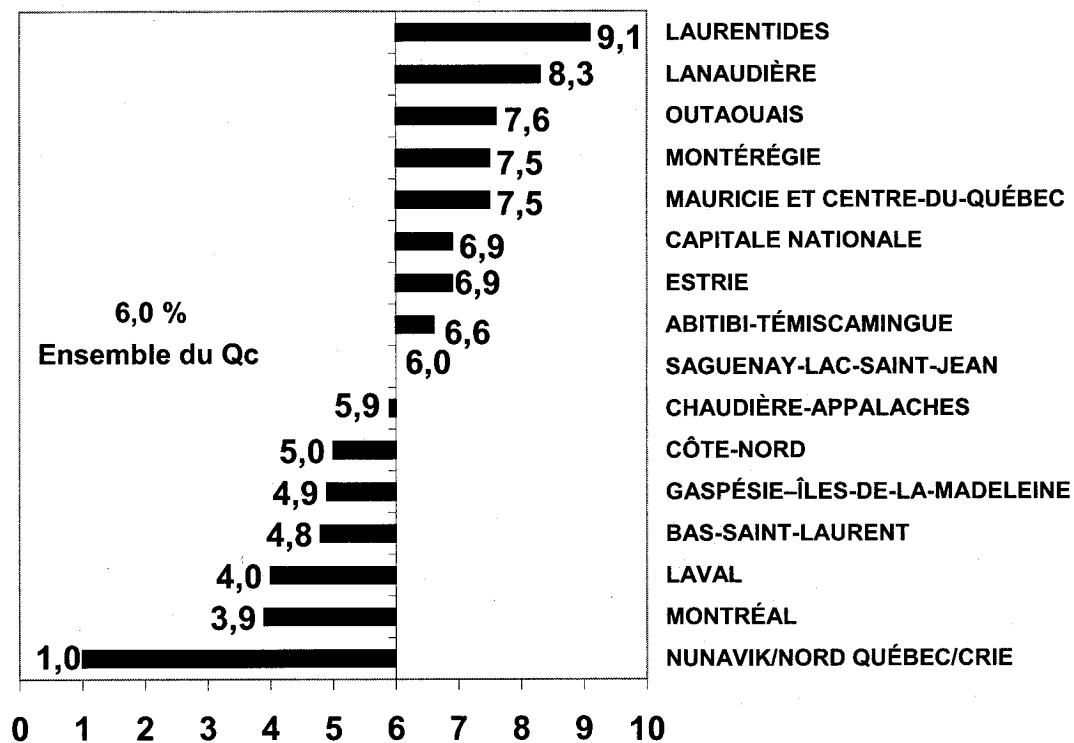
Tableau 18. **Proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec l'urgence dans le dernier mois de vie par type de trajectoire des maladies en fin de vie, adultes, Québec, 1997-2001**²⁴

Trajectoire	Au moins un contact	
	n	%
Total	180 436	56,5
I	82 555	58,6
II	79 175	61,4
III	18 706	26,1

²⁴ Ibid. page 34.

Dans l'ensemble du Québec, les Laurentides ont la plus haute proportion de décès survenus ou constatés à l'urgence.

Tableau 19. **Proportion des décès, par maladies chroniques susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, survenus ou constatés à l'urgence, par région de résidence, adultes, Québec, 1997-2001**²⁵



²⁵ Ibid. page 36.
 Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
 Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique des Laurentides, *La santé des aînés, un coup d'œil vers l'avenir, Portrait de la santé et du bien-être de la population de 65 ans ou plus dans la région des Laurentides*, 2005.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Vision stratégique et plan de mise en œuvre régional 2005-2010 des services aux personnes âgées de 65 ans et plus*, Décembre 2005.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Direction système de soins et services, *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs, Partie I : Population adulte (20 ans et plus)*, Mars 2006.

LAMBERT P., LECOMTE M., *Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie*, Rapport sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec, Mars 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction du programme de santé publique, *Rapport national sur l'État de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaires, de 1981 à 2026*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction du programme de santé publique, *Rapport national sur l'État de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Direction de lutte contre le cancer, *Plan de mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs 2005-2010*, version préliminaire du 22 décembre 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques*, Projet Clinique Santé physique -La lutte contre le cancer-, Document de travail, Version 1.0, Août 2006.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, 2007.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007*, 2004, 235 pages.