

PROJET



Clinique

Santé
physique

CANCER

et soins palliatifs

PROJET



Clinique

Santé
physique

CANCER

et soins palliatifs

GRILLE
de travail



Santé
physique **CANCER**
.....
et soins palliatifs

GRILLE
de travail

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**



Québec 
Chaudière-
Appalaches



Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Denise Gagné et à Annie Bourassa pour la production des données statistiques. Merci à Lucie Pelchat pour sa participation à la relecture

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalches, 2005.

Réalisation : France Boivin
Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-302-7 (version imprimée)
 2-89548-301-9 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Le contexte

« Des millions de vie pourraient être sauvées chaque année si les pays appliquaient le savoir acquis et mettaient en œuvre les meilleures méthodes possibles pour prévenir et traiter le cancer. »¹ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est possible, au moyen de dépistages précoces, de prévenir un tiers et de traiter efficacement un autre tiers des 10 millions de cas de cancer diagnostiqués chaque année dans le monde. Les soins palliatifs efficaces permettent de soulager les souffrances du dernier tiers. Dans un trop grand nombre de cas, la prévention primaire, le dépistage précoce et les soins palliatifs sont négligés en faveur des approches thérapeutiques, même si les premiers ont un bon rapport coût-efficacité et améliorent la qualité de vie des patients. Les programmes nationaux de lutte sont conçus pour diminuer l'incidence et la mortalité du cancer. Il faut trouver le juste équilibre entre la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs.²

Le Programme national de santé publique (PNSP)

On reconnaît depuis plusieurs années l'importance d'agir avant que ne surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. « Ce constat étant l'un des fondements sur lesquels s'appuie l'action du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), il se traduit de façon concrète par des initiatives qui font partie du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)³ ». Les nombreuses interventions proposées visent à agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que se développe un cancer. Agir en amont a des répercussions en réduisant la mortalité, la morbidité et les hospitalisations. De plus, certaines interventions favorisent le dépistage précoce des problèmes spécifiques dans la population.

Le Programme national de santé publique (PNSP) cible les cancers les plus fréquents et propose plusieurs interventions préventives. « Selon l'état actuel des connaissances, le dépistage et la prévention constituent les armes les plus efficaces pour lutter contre le cancer. »⁴ En prévention primaire, les principales interventions sont de nature suivante : lutte contre le tabagisme, lutte contre l'alcoolisme, conseiller une consommation modérée de graisses animales et la consommation de fibres végétales, protéger les travailleurs dans certains emplois et la population contre les rayons ultraviolets. Il est reconnu que l'adoption de saines habitudes de vie à l'égard du tabac, de l'alimentation et de l'activité physique peut prévenir l'apparition ou l'aggravation des cancers en général. « Le tabac est à lui seul la plus grande cause évitable de cancer et les mesures pour éviter que les gens se mettent à fumer ou pour les aider à perdre cette habitude ont un impact important dans la lutte contre ce fléau. »⁵ En prévention secondaire, les activités de dépistage sont préconisées. Elles consistent à rechercher de manière systématique dans une population en bonne santé, les porteurs de symptômes latents qu'ils soient cliniques, radiologiques ou biologiques. Le dépistage vise à abaisser la mortalité du cancer recherché et c'est le seul critère qui permet de juger de son efficacité. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans et du col de l'utérus sont des pratiques cliniques reconnues efficaces et ont été priorisées par le MSSS.

Dans la région, la Direction de santé publique (DSP) a priorisé plusieurs activités, dont l'implantation d'une intervention intégrée pour la promotion de saines habitudes de vie (pour le tabac, l'alimentation et l'activité physique), le dépistage avec le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ainsi que le renforcement de certaines pratiques cliniques préventives efficaces. Toutes les activités préventives primaires et secondaires réalisées par la DSP sont résumées dans ce document. Elles sont détaillées dans le *Projet clinique Santé publique* et dans le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (PAR) de Chaudière-Appalaches.

¹ OMS, Un nouveau rapport sur le cancer donne de l'espoir aux patients et aux communautés, 2002, Site internet : www.who.int/mediacentre, consulté le 21 mai 2005.

² Idem

³ PNSP, 2003, p.1.

⁴ Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, *Dépistage de masse du cancer au Canada : Priorités stratégiques*, Rapport final, 2002.

⁵ OMS, Un nouveau rapport sur le cancer donne de l'espoir aux patients et aux communautés, 2002, Site internet : www.who.int/mediacentre, consulté le 21 mai 2005.

Le Programme régional de lutte contre le cancer

Au Québec, la démarche d'implantation du **Programme régional de lutte contre le cancer (PRLC)** résulte d'une directive ministérielle (novembre 2000) à la suite de l'adoption du **Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)** par le gouvernement du Québec en 1998. Ce programme propose un ensemble de services intégrés de lutte contre le cancer centré à la fois sur la population et sur la personne à risque ou atteinte, allant de la prévention aux soins palliatifs de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le diagnostic, le traitement, l'adaptation, la réadaptation et le soutien. L'objectif à atteindre est la mise en place d'un continuum de soins et services intégrés qui permettra d'offrir des services de qualité centrés sur la personne et accroître l'accessibilité aux services et à l'expertise. Pour faciliter sa concrétisation tout en misant sur une amélioration continue de la qualité, un processus d'évaluation est préconisé.

Diverses étapes ont été réalisées au plan ministériel

- dépôt de différents rapports ou avis intitulés :
 - *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe (1997) ;*
 - *Programme national de santé publique (2003-2012) ;*
 - *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation (avril 2004) ;*
 - *Unifier notre action. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du programme québécois de lutte contre le cancer (mai 2004) ;*
 - *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan (mai 2004) ;*
 - *Avis « Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer », mars 2005 ;*
 - *Avis « Le médecin de famille et la lutte contre le cancer », mars 2005*
 - *Avis « Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec. Recommandations », mars 2005 ;*
 - *Avis « Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec. Recommandations », mars 2005 ;*
 - *Avis « Les équipes interdisciplinaires en oncologie », août 2005.*
- mise sur pied d'une Direction de la lutte contre le cancer au printemps 2004. Cette direction travaille de concert avec les représentants régionaux pour l'implantation du Programme de lutte contre le cancer. De plus, elle a confié à un Groupe-conseil le mandat d'évaluation du Programme de lutte contre le cancer des équipes interdisciplinaires/établissement en vue de leur reconnaissance ;
- dépôt de la matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires (mars 2005) et de l'échéancier des visites pour chacune des régions. En ce qui concerne la région de la Chaudière-Appalaches, les visites auront lieu à l'automne 2005.

Diverses étapes préalables à l'implantation ont été réalisées au plan régional

- mise sur pied d'un comité régional de lutte contre le cancer au printemps 2001. Ce comité, mandaté à titre d'aviseur au président directeur-général à l'Agence, se compose de 15 personnes. Diverses professions y sont représentées de même que les bénévoles et les personnes atteintes. De plus, la représentativité géographique est assurée ;
- réalisation de l'**État de situation régional en matière de lutte contre le cancer** en avril 2002 ;
- élaboration du **Programme régional de lutte contre le cancer - Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007**. Ce document tient compte des besoins identifiés dans l'état de situation et des grandes orientations nationales. Ces dernières touchent l'intégration des services préventifs et curatifs, l'expertise, le soutien dès l'annonce du diagnostic, la continuité, la coordination et le suivi de l'information ainsi que la qualité. Les mesures prioritaires concernent : l'implantation d'infirmières pivots, l'implantation d'équipes interdisciplinaires et le dossier oncologique informatisé.

Par ailleurs, le Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS) est en place dans la région depuis 1998. Le PQDCS fait partie du Plan d'action régional (PAR) en santé publique 2004-2007. Un centre de coordination des services régionaux (CCSR), quatre centres de dépistage désignés (CDD), quatre centres de référence pour investigation désignés (CRID), ainsi que sept groupes d'entraide du cancer du sein sont implantés dans la région. Onze infirmières en provenance des CLSC collaborent à la promotion du programme.

L'implantation du programme régional de lutte contre le cancer (PRLC)

En terme de développement, un montant de 99 000 \$, annualisé à 180 387 \$ a été consenti en 2004-2005 pour l'implantation des infirmières pivots en oncologie. Ce montant a permis l'ouverture de 2,4 postes d'infirmières équivalent temps complet (ETC) dans la région et répartis comme suit : 0,6 poste d'infirmière ETC localisé dans chacun des quatre centres hospitaliers. La dotation de ces postes a été réalisée en mars 2005.

Par ailleurs, d'autres étapes ont été réalisées à l'Agence :

- nomination d'une chargée de projet régionale clinico-administrative, en soutien au processus d'implantation des infirmières pivots et des équipes interdisciplinaires en oncologie. Cette personne relève de l'Agence et elle assure ses fonctions depuis le 5 avril 2005 ;
- consultations des instances concernées et décision de privilégier le cancer du poumon comme première trajectoire à développer parmi les quatre sièges de cancer les plus fréquents ;
- entente contractuelle avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), secteur Lévis, pour la préparation et la diffusion du programme de formation initiale des infirmières pivots en oncologie (et des autres membres des équipes de soins le cas échéant) devant débuter dès mai 2005. Une somme de 34 000 \$ a été engagée dans ce contrat ;
- invitation à chacune des directions générales des équipes interdisciplinaires en oncologie prévues, à procéder à la nomination des membres de l'équipe, au terme de la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle de leur établissement d'ici juin 2005 ;
- révision de la composition du comité régional de lutte contre le cancer afin de s'assurer d'une représentativité conforme aux orientations ministérielles ;
- dépôt du document du MSSS aux établissements concernés en avril 2005 « Évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement » à chacun des directeurs généraux des équipes interdisciplinaires en oncologie. Ce document est à la base d'un processus de reconnaissance officiel des équipes, lequel sera révisé chaque trois ans ;
- invitation transmise à chacun des établissements concernés par la mise en place des équipes interdisciplinaire en oncologie à procéder à la mise en place des éléments structurants suivants : désignation d'un gestionnaire responsable du programme, définition d'un organigramme, constitution d'un comité de coordination du programme, formalisation d'un engagement de l'établissement et des diverses parties concernées, rédaction des informations requises dans la matrice d'évaluation en vue des visites ministérielles en octobre et novembre 2005 ;
- présentation du plan de travail relativement à l'implantation des infirmières pivots et des équipes interdisciplinaires en oncologie auprès des gestionnaires concernés de chaque établissement (incluant les CSSS Grand Littoral et CSSS Etchemins) en juin 2005 ;
- confirmation aux établissements concernés de l'échéancier des visites d'évaluation des équipes du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- actualisation de la démarche d'implantation des infirmières pivots et des équipes interdisciplinaires en oncologie en juin 2005.

Les soins palliatifs pour la clientèle atteinte de cancer et d'autres pathologies

Les grandes tendances démographiques et sociologiques observées au Québec auront inévitablement des répercussions sur les soins palliatifs alors que ceux-ci connaîtront une croissance importante au cours des prochaines décennies. En plus de s'appliquer aux personnes atteintes de cancer, les soins palliatifs s'appliquent également aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé ou d'une maladie incurable. Dans le document traitant des ententes de gestion 2005-2006, le MSSS stipulait que 70 % du nombre total de décès est « propice » aux soins palliatifs et que la cible attendue est de 60 % d'ici 2010.

L'Institut national de santé public du Québec (INSPQ) a réalisé une étude sur tous les décès dans la province durant la période 1997-2001 (Brisson et Major, données non publiées, Congrès soins palliatifs, 27 mai 2005). L'INSPQ conclut que l'accessibilité aux soins palliatifs devra augmenter dans la province principalement à cause du vieillissement de la population, de l'accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies évolutives et chroniques et du fait que la population est de plus en plus informée de l'existence des services particuliers offerts en soins palliatifs pour la personne malade et ses proches, ce qui augmente la demande. Les ressources consacrées aux soins de fin de vie devront donc augmenter pour favoriser l'accès à ces soins pour toute clientèle.

La Politique en soins palliatifs de fin de vie

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, D^r Philippe Couillard, lançait le 1^{er} avril 2004 la Politique en soins palliatifs de fin de vie. Cette Politique vise à favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de soins palliatifs dans le respect des besoins et des choix des usagers et de leurs proches. Tout en préconisant à la fois une souplesse dans l'organisation des soins et une diversité de milieux pour les offrir, la Politique propose l'encadrement pour offrir des services de qualité au moment opportun et dans un lieu approprié. Les spécificités des soins palliatifs pédiatriques sont également abordées.

Selon la définition de l'OMS, retenue par la politique, « 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. » (Politique en soins palliatifs de fin de vie, p. 7).

Cette Politique ministérielle omet toutefois de distinguer les soins palliatifs en général et l'étape associée à la fin de vie. Toutefois, en référence aux travaux de l'INSPQ et à la lumière des expériences des intervenants de la région, les soins palliatifs correspondent habituellement aux périodes suivantes :

- ⦿ Soins palliatifs : pronostic de vie de deux ans et moins ;
- ⦿ Soins palliatifs de fin de vie (étapes pré-terminale et terminale) : pronostic de deux mois de vie et moins.

Principes directeurs de la Politique

- ⦿ les besoins et les choix des usagers : au cœur de la planification et de la prestation de services ;
- ⦿ le maintien des usagers dans leur milieu de vie naturelle : un choix à privilégier pour ceux qui le souhaitent ;
- ⦿ le soutien aux proches : un élément fondamental de la planification, de l'organisation et de la prestation des services.

Grands objectifs de la Politique

- une équité dans l'accès aux services partout au Québec. Les mesures ou conditions suivantes sont nécessaires :
 - rehausser, diversifier et standardiser la gamme des services publics de base en soins palliatifs pour tenir compte de la complexité, de la diversité et de l'intensité des services requis ;
 - reconnaître la nécessité d'une équipe interdisciplinaire comme mode de prestation des services dans chaque site ;
 - informer la population, les usagers, les proches et les professionnels de la santé de l'offre de services existante ;
 - préciser et uniformiser les critères et les modalités d'accès aux soins palliatifs ;
 - définir et uniformiser la contribution financière des usagers.

- une continuité de services entre les différents sites de prestation. Les mesures ou conditions suivantes sont nécessaires :
 - définir clairement les responsabilités des fournisseurs de soins palliatifs (agence de santé, CSSS, CH, maisons de soins palliatifs, CHSLD privés, etc.)
 - mettre en place un mécanisme de concertation régionale entre les gestionnaires de services ;
 - mettre en place des mécanismes permettant la continuité entre les fournisseurs de soins palliatifs.

- une qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires. L'amélioration de la qualité passe par les quatre conditions ou mesures suivantes :
 - concevoir et implanter des protocoles et des normes de pratique ;
 - améliorer la formation de base et la formation continue pour l'ensemble des personnes qui côtoient les usagers et les proches ;
 - mettre en place une évaluation de programme incluant un système d'évaluation de la qualité ;
 - favoriser le développement des compétences.

- une sensibilisation des intervenants au caractère inéluctable de la mort. En lien avec cette Politique, le MSSS définira avec ses partenaires une stratégie de sensibilisation dont les messages varieront selon le public cible (professionnels de la santé, gestionnaires, proches, organismes communautaires, bénévoles, etc.).

8 Finalement, le MSSS mettait en place en avril 2005 un Forum en soins palliatifs afin de soutenir l'implantation de la politique en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec et dans tous les milieux de prestation des services.

Dans la région, beaucoup d'initiatives sont déjà déployées en matière de soins palliatifs. Des interventions auprès des personnes en phase palliative se réalisent soit à domicile, en centre hospitalier, en centre d'hébergement de longue durée, soit à la Maison de fin de vie Catherine-de-Longpré, et ce pour la clientèle atteinte du cancer ou d'autres pathologies.

Une grande majorité (environ 80 %) de la clientèle suivie en soins palliatifs possède un diagnostic de cancer. Des mesures concrètes devront être définies afin de cibler de façon plus précise la clientèle atteinte d'autres pathologies graves et terminales qui pourraient bénéficier de l'approche et des services de soins palliatifs, incluant les soins de fin de vie.

L'implantation de la Politique en soins palliatifs de fin de vie

Le plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 comporte des mesures organisationnelles en matière de soins palliatifs de fin de vie des usagers atteints du cancer. Toutefois, une grande partie de ces mesures peuvent également s'adresser à tout usager en fin de vie (et leurs proches), peu importe sa pathologie. En terme d'organisation de services, certaines mesures aux plans de l'accessibilité et de la continuité sont à consolider notamment :

- ◊ Coordination clinique formelle ;
- ◊ Équipes dédiées de soins palliatifs en soutien à domicile, en centre hospitalier et en centre d'hébergement de longue durée ;
- ◊ Lits de soins palliatifs en 1re ligne ;
- ◊ Unités de soins palliatifs en milieu hospitalier ;
- ◊ Soutien clinique médical dans tous les territoires ;
- ◊ Expertise clinique et travail en interdisciplinarité ;
- ◊ Ententes formelles avec les établissements suprarégionaux (ex. : clientèle pédiatrique en fin de vie, etc.) ;
- ◊ Gardiennage et répit.

Le portrait de la population

Faits saillants « cancer »

Les informations suivantes regroupent les principaux faits saillants relativement à la problématique du cancer au Canada, au Québec et dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Au Canada⁶

- ⦿ D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des Canadiennes et 44 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie ;
- ⦿ D'après les taux de mortalités actuels, 24 % des femmes et 29 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourront du cancer ;
- ⦿ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population ;
- ⦿ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est et plus bas dans les provinces de l'Ouest ;
- ⦿ 44 % des nouveaux cas de cancer et 60 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 70 ans et plus ;
- ⦿ Environ 1 300 enfants canadiens développent un cancer chaque année, mais en raison de la réussite du traitement des cancers les plus courants, moins de un cinquième des cas se soldent par un décès. Les principaux cancers qui affectent les enfants âgés de 0 à 19 ans sont la leucémie, le cancer du cerveau et du système nerveux central ainsi que les lymphomes.

Au Québec

Environ 37 400 nouveaux cas sont attendus en 2005 au Québec (source canadienne). Le nombre de nouveaux cas est en hausse de 3 % par an. On assiste à une augmentation de la mortalité due au cancer de plus de 45 % chez les hommes et de près de 60 % chez les femmes depuis la fin des années 1970. Cette croissance s'explique surtout par la baisse des décès causés par les traumatismes, et aussi par le fait que la population vieillit.

En Chaudière-Appalaches

Habitudes de vie et dépistage

- ⦿ En ce qui concerne les comportements liés à la santé, selon l'Enquête sociale et de santé de Santé Québec, en 1998, 32,6 % étaient des fumeurs, 13,9 % déclaraient avoir de mauvaises habitudes alimentaires, 27,1 % des adultes de 15 ans et plus atteignaient le niveau recommandé d'activités physiques et 28 % présentaient un excès de poids. Ces données sont similaires aux données provinciales (PAR, 2004)⁷
- ⦿ En 1998, le nombre de femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours d'une période de 2 ans est de 62,2 %, ce qui est similaire au taux provincial qui se situait à 10 (PAR, 2004). Une enquête réalisée par Santé Canada en 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), révélerait que dans la région, 82,5 % des femmes de 18 ans et plus ont déjà passé un test de Pap, ce qui est semblable au

⁶ Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Statistique Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer. 2005.116 pages.

⁷ Données tirées du Plan d'action régional de santé publique (PAR), 2004.

taux provincial (83,8 %) (ADRLSSSS, 2005). Toutefois, il n'existe pas de données régionales plus précises quant à la fréquence des tests à travers le temps et sur les femmes les plus à risque qui ont eu recours à cet examen.

- Le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) chez les femmes âgées de 50-69 ans de la région était de 62,7 % en décembre 2004, ce qui est supérieur au taux provincial de 47,9 % (ADRLSSSS, 2005). Le taux de participation visé est de 70 % .

Incidence et mortalité

Pour la période 1999-2001, le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer hospitalisés dans la région de la Chaudière-Appalaches est de 1 705. Quant à la mortalité, le nombre moyen annuel de décès par cancer pour la période 2000 à 2002 est de 856,7. Les tableaux 1 et 2 illustrent, par desserte hospitalière de la région, la répartition des données sur l'incidence et la mortalité pour les sièges de cancer les plus fréquents.

Tableau 1
Nombre moyen annuel de nouveaux cas
de cancer hospitalisés dans Chaudière-Appalaches/an selon le siège, 1999-2001⁹

Desserte hospitalière		Cancer du sein	Cancer du poumon	Cancer de la prostate	Cancer colorectal	Ensemble des cancers
CHBE	cas moyen	52,7	64,3	34,7	56,3	377,0
	%	14,0%	17,1%	9,2%	14,9%	100,0%
CHRA	cas moyen	28,0	51,0	23,0	28,7	227,7
	%	12,3%	22,4%	10,1%	12,6%	100,0%
HDM	cas moyen	25,7	37,3	21,7	31,0	219,0
	%	11,7%	17,0%	9,9%	14,2%	100,0%
HDL	cas moyen	133,0	135,3	110,7	119,3	881,7
	%	15,1%	15,3%	12,6%	13,5%	100,0%
Total	cas moyen	239,3	288,0	190,0	235,3	1705,3
	%	14,0%	16,9%	11,1%	13,8%	100,0%

⁹ Source : MSSS, fichier des tumeurs 1999 à 2001.
Production. ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

Tableau 2

Nombre annuel moyen de décès dans Chaudière-Appalaches/an par cancer selon le siège, 2000 à 2002¹⁰

Desserte hospitalière		Cancer du sein	Cancer du poumon	Cancer de la prostate	Cancer colorectal	Ensemble des cancers
CHBE	cas moyen	13,0	51,0	10,0	25,0	183,0
	%	7,1%	27,9%	5,5%	13,7%	100,0%
CHRA	cas moyen	9,7	38,3	8,3	12,7	130,0
	%	7,4%	29,5%	6,4%	9,7%	100,0%
HDM	cas moyen	8,7	34,7	6,0	16,3	125,3
	%	6,9%	27,7%	4,8%	13,0%	100,0%
HDL	cas moyen	28,3	105,3	24,7	48,7	418,3
	%	6,8%	25,2%	5,9%	11,6%	100,0%
Total	cas moyen	59,7	229,3	49,0	102,7	856,7
	%	7,0%	26,8%	5,7%	12,0%	100,0%

Voici quelques données ventilées par groupe d'âge et par sexe pour les résidents de Chaudière-Appalaches.¹¹

Adultes 18-64 ans

- Pour les 18-34 ans et les 35-49 ans, le cancer de sein est le plus répandu parmi les nouveaux cas de cancers (1997-2001).
- Chez les adultes de 50-64 ans le nombre moyen annuel de cas, de 1997-2001, est de 96 pour le cancer du sein. Ce type de cancer arrive au premier rang parmi les nouveaux cas de cancers, suivi du cancer du poumon (79 cas par année). Pour ces cancers, le réseau du Grand Littoral compte le plus grand nombre avec, respectivement, 53 et 41 cas par année. Par la suite, le cancer colorectal (60 cas par année) et le cancer de la prostate (49 cas par année) suivent en terme de fréquence dans la région.
- Les taux d'hospitalisations pour tumeurs sont plus bas dans la région qu'au Québec chez les 50-64 ans. Le taux est de 117,5 par 100 000 personnes ; au Québec, il est de 138,4 par 100 000. Pour les autres groupes d'âge, les tumeurs ne sont pas un motif principal d'hospitalisations. Le réseau du Grand Littoral présente un taux significativement plus bas que dans la région (111,4 par 100 000) pour ce groupe d'âge alors que tous les autres territoires ont des taux d'hospitalisations légèrement plus élevés ;
- Les tumeurs sont la 3^e cause de décès chez les 18-34 ans, dans une proportion de 10, 4 %. Chez les 35-49 ans, 35 % des décès sont causés par les tumeurs et représente la première cause de décès dans ce groupe d'âge. Le taux régional est de 57,7 par 100 000 personnes ; il est semblable

¹⁰ Source : MSSS, fichier des décès 2000 à 2002 (CIM-10)

Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 2005

¹¹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches. Portrait de la population des réseaux locaux de services de santé et services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches. 2005. 155 pages.

à celui du Québec (58,7 par 100 000) en 1997-2001. Pour les décès chez les 50-64 ans, les tumeurs sont la cause principale avec 50,3 % des victimes. Pour les années 1997-2001, le taux pour la région est de 282,1 par 100 000 personnes contre 316,0 par 100 000 pour le Québec.

Aînés 65 ans et plus

- Chez les personnes âgées de 65-74 ans, le cancer du poumon est le type le plus fréquent parmi les nouveaux cas de cancers, tous sexes confondus, dans cette tranche d'âge. Pour ce cancer, le nombre moyen de nouveaux cas par année est de 104 pour la région (1997-2001). Au deuxième rang, apparaît le cancer colorectal avec 64 cas par année. Suit ensuite, le cancer de la prostate (62 cas par année) et le cancer du sein (52 cas par année).
- Le cancer du poumon est le plus fréquent parmi les nouveaux cas de cancer (77 cas par année) chez les aînés de 75 ans et plus, suivi par le cancer colorectal (75 cas par année), de la prostate (307 cas) et enfin du sein (47 cas par année) en 1997-2001;
- Pour les hospitalisations, les tumeurs sont la 3^e cause (12,3 %) chez les 65-74 ans et la 4^e cause, chez les personnes de 75 ans plus (8,8 %). Le taux d'hospitalisations pour les tumeurs est moins élevé dans la région (242,5 par 100 000 personnes) qu'au Québec (275,4 par 100 000) chez les 64-75 ans. Il en est de même pour les plus âgés : 302,6 pour Chaudière-Appalaches et 319,0 pour le Québec en 1997-1998 à 2001-2002 ;
- Les tumeurs sont la première cause de décès chez les 64-75 ans en 1997-2001. Ainsi, 41,3 % des personnes de cet âge décèdent de ce problème. Par contre, les tumeurs constituent la deuxième cause de décès (23,4 %) chez les 75 ans et plus.

Hommes de plus de 18 ans

- Dans la région, le cancer le plus fréquent (21,9 %) chez les hommes est le cancer du poumon. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon a augmenté légèrement entre 1992-1996 et 1997-2001 passant de 919 à 956. Le deuxième cancer en terme de fréquence est celui de la prostate. Sa proportion est de 20,0 %. En 1997-2001, on comptait 871 cas de cancer de la prostate dans la région. Le troisième en terme de fréquence chez les hommes est le cancer du colon rectum avec 14, 2 %. Dans la même période, on observait 620 cas. Le cancer des testicules est rare. Il n'atteint pas la proportion de 1 % (9)¹².

Femmes de plus de 18 ans

- En 1998, le nombre de femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours d'une période de deux ans est de 62,2 %, ce qui est similaire au taux provincial.¹³ Une enquête réalisée par Santé Canada en 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), révélerait que dans la région, 82,5 % des femmes de 18 ans et plus ont déjà passé un test de Pap, ce qui est semblable au taux provincial (83,8 %)¹⁴. Toutefois, il n'existe pas de données régionales plus précises quant à la fréquence des tests à travers le temps et sur les femmes les plus à risque qui ont eu recours à cet examen ;
- Le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) chez les femmes âgées de 50-69 ans de la région était de 62,7 % pour la période de janvier 2003 à décembre 2004, ce qui est supérieur au taux provincial de 47,9 %¹⁵. Le taux de participation visé est de 70 % ;
- Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, au moins 50 % des nouveaux cas correspondent chez les hommes aux cancers du poumon, de la prostate et colorectal et chez la femme aux cancers du sein, colorectal et du poumon ;
- Le cancer demeure la principale cause de mortalité tant chez les hommes que chez les femmes. Environ 50 % des décès associés aux cancers sont reliés aux mêmes types particuliers : poumon, sein, prostate et colorectal. C'est le cancer du poumon qui est le plus meurtrier ;

¹² François Léveillé, (2005) Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches, Données non publiées, 2005

¹³ Données tirées du *Plan d'action régional de santé publique* (PAR), 2004.

¹⁴ ADRLSSSS, 2005

¹⁵ ADRLSSSS, 2005

Hospitalisation et chirurgie

Au Québec, pour l'année 2001-2002, les hospitalisations pour cancer constituaient 7 % du total des admissions à l'hôpital pour une courte durée et leur coût, évalué à 390 millions de dollars, représentait 14 % de l'ensemble des coûts d'hospitalisation en 2000-2001. Environ 12 % des lits réservés aux soins de courte durée étaient occupés par des personnes soignées pour un cancer.¹⁶

Tableau 3
Nombre de chirurgies et d'hospitalisations effectuées dans les centres hospitaliers de la région de la Chaudière-Appalaches pour les cancers, 2001-2002.¹⁷

Établissement	Chirurgies ¹				Ensemble des cancers (nb)	Hospitalisations ² Ensemble des cancers (nb)
	Cancer digestif bas (nb)	Cancer pulmonaire (nb)	Cancer du sein (nb)	Cancer urologique (nb)		
Hôtel-Dieu de Lévis	125	66	116	220	777	710
CH de la région de l'Amiante	42	7	31	45	166	254
Hôtel-Dieu de Montmagny	31	0	36	26	125	181
CH Beauce-Etchemins	35	1	74	42	189	275
Total	233	74	257	333	1 257	1 420

1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour

2. Les hospitalisations incluent les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine

¹⁶ (Données tirées de « Gouvernement du Québec. Programme québécois de lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer dans les régions du Québec. Un premier bilan. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. 2003. 392 Pages »)

¹⁷ Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2001-2002

Taux de rétention pour les hospitalisations (médecine et chirurgies)

Pour les résidents de Chaudière-Appalaches, le pourcentage des hospitalisations effectuées dans la région, plutôt que dans une autre région, pour les principaux sièges de cancer s'élève à 63 % en 2001-2002 alors qu'il était de 58 % en 1994-1995 (tableau 4).

Tableau 4
Hospitalisations¹ pour cancer et taux de rétention
1994-1995 et 2001-2002, région de la Chaudière-Appalaches¹⁸

Sièges de cancer et années de référence	Région Chaudière-Appalaches	
	Hospitalisation des résidents de la région (nb)	Taux de rétention pour les hospitalisations (%)
1994-1995		
Ensemble des sièges	2396	58
2001-2002		
Cancer digestif bas	346	80
Cancer pulmonaire	384	57
Cancer du sein	188	57
Cancer urologique	288	73
Ensemble des sièges	2097	63

1. Les hospitalisations incluent les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.

¹⁸ Source : Fichier APR – DRG, MSSS, 2003.

Faits saillants « soins palliatifs »

Il existe très peu de normes ou d'indicateurs dans le domaine des soins palliatifs. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a réalisé une étude sur tous les décès survenus au Québec durant la période 1997-2001 (Brisson et Major, données non publiées, Congrès soins palliatifs 27 mai 2005). Sur les 268 588 décès étudiés sur la période de 2 ans avant le décès, 180 000 (69 %) auraient pu bénéficier de soins palliatifs. Ces personnes proviennent de catégories très variées :

- tumeurs : 46 % ;
- maladies du système circulatoire et respiratoire : 33 % ;
- maladies du système nerveux et troubles mentaux : 10 % ;
- autres catégories : 10 %.

Il est opportun de rappeler qu'au Québec, les soins palliatifs sont offerts majoritairement pour les patients souffrant d'une tumeur maligne.

Par ailleurs, toujours selon la même étude :

- 20,5 % des personnes étudiées ont eu accès à des soins palliatifs durant une hospitalisation (23,2 % pour la région 12) ;
- Les lieux de décès sont le domicile pour 8,1 % de cette population (8,3 % pour la région 12) et les établissements pour 69,8 % (63 % pour la région 12) ;
- 92,3 % des décès chez les adultes surviennent dans la région de résidence de la personne.

En conclusion, si l'on observe dans la région qu'environ 80 % de la clientèle suivi en soins palliatifs possède un diagnostic de cancer et que, selon l'étude précitée, les tumeurs représentent 46 % de la clientèle au total pouvant bénéficier de soins palliatifs, nous pouvons estimer qu'une grande partie de la clientèle admissible de Chaudière-Appalaches n'aurait pas accès à des services de soins palliatifs. Ceci démontre également toute l'ampleur que ces services devront prendre au cours des prochaines années et l'impact sur l'organisation des services. Ce constat s'avère davantage significatif si l'on tient compte de l'estimation¹⁹ du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'effet que 70 % du nombre total de décès est « propice » aux soins palliatifs et que la cible attendue d'ici 2010 est de 60 %. Conséquemment des indicateurs de gestion fiables devraient être proposés au plan provincial.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ententes de gestion. Fiche descriptive des indicateurs santé physique soins palliatifs. Direction de la lutte contre le cancer. Février 2005.

Références consultées

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. Direction de santé publique. Juin 2004. 150 pages.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, DSP, *Plan régional de santé publique 2004-2007*, Juin 2004, 150 p.

Annie Bourassa, François Léveillé, *Portrait de la situation du cancer en Chaudière-Appalaches*, ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE (SRE), 201 p.

Institut national de santé publique du Québec. Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec. Projection 2004. Direction planification, recherche et innovation, unité connaissance-surveillance. Octobre 2004. 55 pages.

Institut national de santé publique du Québec. *La prévalence du cancer au Québec en 1998*. Direction planification, recherche et innovation, unité connaissance-surveillance. Octobre 2004. 28 pages.

MSSS. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique. 2003. 133 pages.

Gouvernement du Québec. Programme québécois de lutte contre le cancer. *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Avril 2004. 292 pages.

Gouvernement du Québec. *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer. Avis. Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO)*. Direction de la lutte contre le cancer. Mars 2005. 101 pages.

Gouvernement du Québec. *Le médecin de famille et la lutte contre le cancer. Avis. Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer (CPLMLC)*. Direction de la lutte contre le cancer. Mars 2005. 73 pages.

Gouvernement du Québec. *Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec. Recommandations. Avis. Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec (REPOP)*. Direction de la lutte contre le cancer. Mars 2005. 31 pages.

Gouvernement du Québec. *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec. Recommandations. Avis. Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation (SAR)*. Direction de la lutte contre le cancer. Mars 2005. 34 pages.

Gouvernement du Québec. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. 98 pages.

Le programme *CANCER ET SOINS PALLIATIFS*

POPULATION CIBLE

- ⦿ Toute personne atteinte d'un cancer ou en attente d'un diagnostic ainsi que ses proches ;
- ⦿ Toute personne nécessitant des soins palliatifs peu importe la pathologie ;
- ⦿ La population en général pour les activités de promotion/prévention et dépistage.

CLIENTÈLES PRIORITAIRES

- ⦿ Clientèle atteinte du cancer du poumon ;
- ⦿ Clientèle en soins palliatifs de fin de vie à domicile ;
- ⦿ Clientèle en soins palliatifs de fin de vie hébergée.

CLIENTÈLES ÉMERGENTES

- ⦿ Femmes atteintes du cancer du poumon ;
- ⦿ Personnes âgées atteintes du cancer ;
- ⦿ Personnes en soins palliatifs de fin de vie à domicile .

CIBLES CLINIQUES PRIORITAIRES

- ⦿ Accroître les activités de promotion des saines habitudes de vie en lien avec la prévention du cancer :
 - ⦿ déploiement des centres d'abandon du tabac (CAT) et interventions intégrées sur les saines habitudes de vie ;
 - ⦿ Accroître les activités de dépistage du cancer du sein ;
 - ⦿ Viser à 70 % le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ;
- ⦿ Accroître l'accessibilité des services de radiothérapie ;
- ⦿ Poursuivre le déploiement du Programme régional de lutte contre le cancer ;
- ⦿ Débuter la mise en œuvre de la Politique de soins palliatifs en fin de vie.

Indicateurs de résultats

- ⦿ Taux de référence vers un centre d'abandon du tabac ;
- ⦿ Taux de référence en investigation pour le cancer du sein pour les femmes qui participent au PQDCS ;
- ⦿ Taux de dépistage du cancer du sein pour les femmes qui participent au PQDCS ;
- ⦿ Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement.

INDICATEURS DE RÉSULTATS DE SANTÉ (PLAN RÉGIONAL DE SURVEILLANCE)

HABITUDES DE VIE

Une partie importante des indicateurs reliés aux habitudes de vie sont suivis par la Direction de santé publique dans le cadre du Plan régional de surveillance et du Plan d'action régional de santé publique (PAR). Il s'agit d'indicateurs reliés au tabac, à la consommation de fruits et légumes, à la consommation d'alcool, à la pratique d'activités physiques ainsi qu'à l'embonpoint et l'obésité.

Dépistage

- ⦿ Proportion de femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie ;
- ⦿ Proportion de femmes de 50-69 ans ayant reçu le service de mammographie ;
- ⦿ Proportion de la population féminine qui a passé un test PAP selon le temps écoulé depuis le dernier test (cancer du col de l'utérus).

Mortalité, incidence et hospitalisations

- ⦿ Taux de mortalité selon la cause pour les principaux sièges de cancer ;
- ⦿ Taux d'incidence des cancers selon les principaux sièges et/ou le type de cancer ;
- ⦿ Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal pour les principaux sièges de cancers.

Exposition professionnelle et environnementale

- ⦿ Taux d'incidence et de mortalité pour les mésothéliomes, cancers de la plèvre et du péritoine et cancers pulmonaires professionnels ;
- ⦿ Taux d'incidence, de mortalité et d'hospitalisation pour le cancer de la peau.

INDICATEURS DE RÉSULTATS D'IMPLANTATION DES MESURES ORGANISATIONNELLES AU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

- ⦿ Nombre d'infirmières-pivot en place ;
- ⦿ Degré d'actualisation des rôles et fonctions des infirmières-pivots en oncologie auprès de la clientèle selon les orientations ministérielles ;
- ⦿ Nombre d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie en place ;
- ⦿ Nombre d'équipe régionale pour les sièges tumoraux suivants : sein, poumon, prostate et colorectal;
- ⦿ Degré d'atteinte des recommandations des équipes interdisciplinaires locales en oncologie édictées par le MSSS à la suite visites d'évaluation à l'automne 2005 ;
- ⦿ Degré d'actualisation du mandat de chacune des équipes selon la matrice d'évaluation ministérielle ;
- ⦿ Degré d'atteinte des objectifs (actions) au plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007.

INDICATEURS DE RÉSULTATS EN SOINS PALLIATIFS

- ⦿ Nombre d'usagers suivis en soins palliatifs à domicile ;
- ⦿ Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile ;
- ⦿ Nombre de lits en soins palliatifs en CSSS.

L'organisation actuelle des services

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises	Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires					CH
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire

ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE - NE SONT PRÉSENTÉS ICI QUE LES ACTIVITÉS ET PROGRAMMES CIBLANT LES CLIENTÈLES DITES À RISQUE QUI SERONT RÉALISÉS DANS LE CADRE DU PAR. LES ACTIVITÉS S'ADRESSANT À TOUTE LA POPULATION SERONT IDENTIFIÉES DANS LE PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE ET REPRODUITES EN PRÉAMBULE DU PROGRAMME *JEUNES EN DIFFICULTÉ*.

Promotion de la santé physique et psychosociale

Interventions intégrées sur les habitudes de vie		X	X			DSP	X	X		<p>Au Québec, 50 % des cancers seraient attribuables au tabagisme, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Ainsi, l'adoption de saines habitudes de vie à l'égard du tabac, de l'alimentation et de l'activité physique pourrait prévenir l'apparition d'au moins 50 % des cas de cancer.</p> <p>Agir en amont aura des répercussions en réduisant la morbidité, les taux de mortalité et d'hospitalisations. Pour être efficace, les interventions préventives doivent être intégrées soit une combinaison d'actions éducatives (counselling), environnementales, socioculturelles et politiques visant la population en générale, les individus à</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser l'implantation de l'approche École en santé dans les écoles. ○ Poursuivre les activités actuelles de promotion du non-usage du tabac, d'une saine alimentation (incluant la consommation de fruits et légumes) et d'un mode de vie physiquement actif en milieu scolaire. ○ Offrir de l'intervention minimale en cessation tabagique, qui serait effectuée par tous les intervenants de 1^e ligne ; ○ Offrir des services de counselling portant sur les saines habitudes de vie (non-usage du tabac, saine alimentation, pratique régulière de l'activité physique) par un intervenant PP (promotion-prévention) en CSSS ou par des médecins et infirmières
--------------------------------------------------	--	---	---	--	--	-----	---	---	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
										risque ou atteints de maladies chroniques. Elle implique des changements de pratique ainsi que des changements organisationnels et nécessite l'engagement de plusieurs acteurs du réseau local.	des GMF et des cliniques médicales privées ; <ul style="list-style-type: none"> Réaliser des actions de promotion de saines habitudes de vie et d'environnements favorables à la santé par un intervenant PP en CSSS ; Participer au développement et implanter un modèle d'intervention efficace de promotion de la santé en milieu de travail en complémentarité avec les interventions visant la réduction des risques liés au travail ; Développer des interventions avec les municipalités.
Cancers d'origine professionnelle		X	X			DSP		X		Des études estiment que de 5 % à 40 % des cancers diagnostiqués seraient d'origine professionnelle. Les cancers des voies respiratoires et de la vessie sont ceux qui entraînent le plus de décès. Plusieurs substances présentes en milieu de travail (ex. : arsenic, cadmium, amiante, chrome, nickel, fumées d'hydrocarbures etc.) sont cancérigènes.	Les activités suivantes devront tenir compte de la révision du plan d'organisation des services de santé au travail dans la région : <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre le plan de surveillance des cancers d'origine professionnelle ; Réduire l'exposition des travailleurs aux cancérigènes connus et ciblés.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											Plusieurs travailleurs de la construction sont encore potentiellement exposés à l'amiante et possiblement des travailleurs du secteur industriel. Dans notre région, les interventions visant la réduction des cancers professionnels se font par les CSSS via l'application des programmes de santé spécifiques ou des demandes des milieux de travail. Les inspecteurs de la CSST et les associations sectorielles paritaires font aussi des interventions de prévention lors de leurs visites dans les établissements.	
Exposition environnementale						DSP					Les principaux contaminants de l'air intérieur sont : la fumée de tabac, le radon, l'amiante, les produits de combustion comme le monoxyde de carbone (CO), etc. Les trois premiers produits causent des cancers pulmonaires. De plus, près de 90 % des cancers de la peau seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Déployer des services d'information pour le grand public ; ○ Participer aux différentes campagnes d'information populationnelle ; ○ Intégrer les messages à contenu environnemental (ex : protection solaire) au sein de programmes ciblés, notamment lors d'activités préventives comme la vaccination des enfants.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH			
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire

DÉPISTAGE

Cancer du sein	X	X	X			X	CH	X			<p>Au Québec, on estime qu'une femme sur neuf sera atteinte de cancer du sein au cours de sa vie. Le <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)</i> a été implanté en mai 1998 dans notre région. L'objectif provincial est de réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 %. Pour y arriver, au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans doivent passer une mammographie de dépistage aux deux ans. En décembre 2004, le taux de participation des femmes de 50-69 ans de la région était de 62,7 % (47,9 % au Québec).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux activités de promotion du PQDCS en vue d'atteindre et de maintenir une participation d'au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans; Mettre en place chacune des mesures prévues au cadre de référence pour assurer la qualité des services ; Participer aux activités d'assurance qualité en vue, entre autres, de réduire le nombre de femmes référées pour investigation complémentaire et de maximiser le nombre de cancers détectés ; Maintenir, dans chacun des CSSS, une accessibilité à des infirmières assignées au PQDCS.
Cancer du col	MD	X	CSSS			X	X	X			<p>De nombreuses femmes meurent chaque année du cancer du col utérin et ce cancer affecte plus particulièrement les plus pauvres, les plus vulnérables et celles atteintes par certaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les activités de dépistage du cancer du col et s'arrimer avec les priorités du MSSS.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											souches du virus du papillome humain (VPH). Le cancer cervical est l'un des plus faciles à prévenir. Le test de Papanicolaou (Pap) est utilisé pour le dépistage des lésions précancéreuses chez les femmes asymptomatiques depuis 50 ans.

ÉVALUATION-INVESTIGATION – TRAITEMENTS – ADAPTATION – RÉADAPTATION – SOUTIEN – SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE

Accueil santé et accueil social			CSSS								Les plages horaires d'accessibilité aux services d'accueil santé et social varient d'un territoire à l'autre. Les références sont faites entre les différents partenaires par le biais d'un formulaire sans véritable accompagnement de l'utilisateur. À l'intérieur de la trajectoire de services, les usagers sont référés trop tardivement du CH vers la 1 ^e ligne. Les informations biopsychosociales transmises sont incomplètes.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développer régionalement et appliquer systématiquement un outil d'évaluation des besoins de l'utilisateur atteint de cancer (et ses proches) ; ○ Systématiser une procédure de référence précoce du CH vers la 1^e ligne dans chaque trajectoire clinique de cancer ; ○ Optimiser l'utilisation du formulaire DESI afin de le rendre bidirectionnel (CH↔1^e ligne) ; ○ Assurer, si requis, l'accompagnement de l'utilisateur vers les intervenants ou organismes concernés du réseau de services, y compris les IPO ;
○ Évaluation		X	CSSS				X					
○ Référence	X	X	CSSS				X					
○ Orientation	X	X	CSSS				X					

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				Actualisées	À faire
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<ul style="list-style-type: none"> Formaliser avec les CH de la région 03 des mécanismes clairs de références et de prise en charge ; Clarifier et formaliser les mécanismes de référence vers les OC. 	
Services médicaux		MD	CSSS						X	X	<p>Peu d'information disponible sur l'accessibilité aux services médicaux pour la clientèle atteinte de cancer principalement pour celle n'ayant pas de médecin de famille.</p> <p>Le transfert et le contenu de l'information en oncologie vers les médecins de famille sont déficients.</p> <p>Le suivi médical comporte de la psychothérapie de soutien. Peu de liens sont formalisés avec les équipes de professionnels.</p> <p>Les médecins de famille sont peu informés lors des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie.</p> <p>L'investigation diagnostique de base est réalisée dans tous les CSSS, en centre hospitalier, pour tous les types de cancer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer à la clientèle atteinte une accessibilité à des services médicaux par la mise en place : de mesures facilitantes pour les médecins (ex : rémunération, formation, etc.) qui interviennent en oncologie et en soins palliatifs ; la consolidation des plans d'effectifs médicaux selon les règles établies dans la région ; instituer, là où il est absent, un système de prise en charge par les médecins de famille. Préciser et formaliser le rôle des médecins de famille lors des traitements et le suivi de l'usager ; Formaliser le transfert de l'information entre les médecins spécialistes et les médecins traitants ;

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											<p>Environ 5 % à 10 % des demandes d'investigation sont adressées hors région alors que les services sont disponibles dans la région. Le lien de continuité entre l'usager et le médecin de famille traitant se perd entre investigation et diagnostic.</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier des formations médicales continues ; Formaliser le partenariat et les communications avec les médecins spécialistes afin d'augmenter les services dans la région d'appartenance des usagers ; Proposer que la continuité en oncologie soit assurée par les hémato-oncologues avec l'usager, le méd. de famille, les spécialistes et l'équipe en oncologie du CH ; Définir des corridors de services fonctionnels et informatiser la transmission d'information.
<ul style="list-style-type: none"> Garde médicale 		MD	CSSS				X		X	<p>Absence de système formel de garde médicale en soutien à domicile (SAD) et en CHSLD dans certains territoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une garde médicale 24/7 pour le SAD et en CHSLD dans les territoires où le service est absent. 	
Services pharmaceutiques			CSSS		Pharm. d'officine		CH		X	<p>Les pharmaciens d'officines ne sont pas intégrés à une équipe soignante en 1^e ligne, sauf en CHSLD. Outils de communication non uniformes. Problèmes de diversité, coût, disponibilité des médicaments ou des</p> <ul style="list-style-type: none"> Formaliser les communications entre le CSSS concerné et les pharmaciens d'officine lors du congé de l'usager du CH afin de faciliter l'accès aux médicaments ; Améliorer l'accès aux médicaments 	

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
										<p>substituts. Information rare ou incomplète en provenance des médecins. Absence de communication en provenance du CH lors du congé de l'utilisateur. Absence de services 24/7. Accès non uniforme les soirs, fins semaine et fériés selon les territoires. Un comité de pharmacie auquel siège un pharmacien d'officine communautaire est opérationnel au CSSS Beauce. La Maison Catherine de Longpré bénéficie du (de) services de garde en pharmacie du CH.</p>	<p>antinéoplasiques grâce à un plan régional de gestion des médicaments antinéoplasiques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Impliquer formellement le pharmacien d'officine dans l'équipe ; ◦ Supporter la mise en place du dossier patient partageable afin d'assurer un accès à l'information pharmacologique aux professionnels concernés ; ◦ Évaluer la pertinence de mettre en place un comité régional de pharmacologie qui inclurait les pharmaciens d'officines ; ◦ Formaliser, par CSSS, des ententes de service avec les différents dispensateurs (plusieurs officines), afin d'assurer un accès à une pharmacie selon un horaire élargi.
<p>Services infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ soins infirmiers 			X	X		GMF	X			<p>Les 11 CLSC participent au PQDCS au plan de la promotion du programme auprès de la clientèle. De plus, ils ont un rôle au plan de la relance téléphonique (évaluation, information, référence) pour les femmes ayant subi une chirurgie du</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Désigner une ressource infirmière dédiée à la clientèle atteinte en 1^e ligne /territoire pour assurer la continuité et la coordination pour le cancer du sein et autres cancers ; ◦ S'assurer, dans chaque CSSS, de la mise en place

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées
										<p>sein, bien que leurs interventions demeurent parfois minimales. Des difficultés persistent notamment pour le transfert de l'information.</p> <p>Pour les personnes atteintes de cancer, les délais de prise en charge en soins infirmiers varient selon les CSSS. L'objectif est un délai 0 jour.</p> <p>Le service de garde en soins infirmiers est disponible 24/7 par le biais des équipes SAD. Les demandes sont acheminées par le service Info-Santé.</p>	<p>d'une équipe interdisciplinaire dédiée pour la clientèle atteinte de cancer ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Évaluer la possibilité de confier à des infirmières la réalisation des prélèvements (PAP test, par exemple) selon des modalités à convenir localement (ordonnance collective, protocole) ; ◦ Des mécanismes simplifiés de référence et d'arrimage devront aussi être déployés afin d'améliorer le cheminement de l'utilisateur dans le continuum de services . ◦ Clarifier les trajectoires internes de services afin d'assurer un cheminement sans délai des demandes de services ; ◦ Statuer sur un délai de prise en charge qui répond aux normes reconnues de qualité ; ◦ Consolider l'équipe régionale et les équipes locales.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées	À faire
Chimiothérapie			CSSS	X		X	CH			X	La plupart des traitements de chimiothérapie sont donnés en CH. L'objectif voulant que d'ici 2010, 80 % des traitements de chimiothérapie doivent être faits en 1 ^e ligne semble difficilement réalisable compte tenu de la complexité des traitements, de la nécessité d'accès à des services de pharmaciens oncologues, de la non disponibilité en 1 ^e ligne des équipements spécialisés nécessaires de même que de l'absence de plateaux techniques spécialisés. Dans une optique de hiérarchisation des services, on convient cependant que tout ce qui peut être transféré devra l'être sans mettre en danger la sécurité de l'utilisateur et des intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer de la disponibilité des protocoles cliniques d'administration de chimio (y compris protocole de disposition des déchets biomédicaux) pouvant supporter l'offre de services en 1^e ligne ; ○ Prévoir un plan de développement et de déploiement de chimio en 1^{re} ligne selon les possibilités qui se présentent. Assurer les formations inhérentes.
Services de soins respiratoires <ul style="list-style-type: none"> ○ Oxygénothérapie ○ Inhalothérapie 		X	CSSS	X			CH			X	Il existe une diversité d'opinions entre les intervenants et les médecins quant à l'indication du traitement. L'implication ou la disponibilité des pneumologues au traitement	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se référer au guide ministériel de gestion du programme d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie à domicile, document de travail, mai 2005 et : ○ Établir régionalement des

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<p>est variable selon les milieux (et la disponibilité des ressources). Dans le territoire de Thetford, les internistes sont très impliqués auprès de cette clientèle.</p> <p>En 1^e ligne, les services d'inhalothérapie sont majoritairement dispensés par des infirmières (infirmières auxiliaires en CHSLD) bien que des inhalothérapeutes soient disponibles.</p> <p>Les inhalothérapeutes ne sont pas formellement intégrés à l'équipe soignante ou interdisciplinaire.</p> <p>La révision du programme régional de soins respiratoires est attendue dans la région. Elle devra tenir compte de la consolidation du rôle régional de l'HDL et de la répartition des ressources sur le territoire.</p> <p>Les CH Beauce-Etchemin et de la région de Thetford ont établi un corridor avec l'Hôpital Laval pour un accès à un pneumologue</p>	<p>directives cliniques claires par des pneumologues et les inclure au programme régional de soins respiratoires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Assurer la formation continue des médecins et intervenants impliqués ; ◦ S'assurer de l'expertise de l'EIO pour l'indication de ce traitement ; ◦ Formaliser des liens de communication 24/7 avec le programme de soins respiratoires et l'accessibilité de l'équipement ; ◦ Favoriser le travail en collaboration interdisciplinaire ; ◦ Identifier les indicateurs de référence au service d'inhalothérapie.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées
Adaptation-réadaptation <ul style="list-style-type: none"> Physiothérapie Ergothérapie 			CSSS	X			CH			<p>Aucune ressource spécifique en ergo et en physio n'est affectée au programme cancer en CH.</p> <p>Bonne collaboration des CH avec les médecins de famille de 1^e ligne pour assurer un suivi à domicile et bonne collaboration avec le CLSC pour le suivi des protocoles de chirurgie. Délai prise en charge par CLSC pour les services de physiothérapie : 24-48 h ou moins. Plus rarement 1 semaine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consolider les équipes de 1^e ligne ; Assurer en CLSC-CHSLD la prise en charge et le suivi requis en adaptation-réadaptation-soutien en oncologie et en soins de fin de vie en conformité avec la Politique de soutien à domicile et la Politique ministérielle de soins palliatifs de fin de vie ; Évaluer la pertinence d'identifier des ressources spécifiques en ergo et physio pour la clientèle du programme cancer afin de développer l'expertise.
Services psychosociaux <ul style="list-style-type: none"> Garde psychosociale 			CSSS	X			X			<p>Des délais sont observés de la part des CH ou des médecins pour la référence de la clientèle aux services psychosociaux. Pour une clientèle hospitalisée atteinte du cancer du poumon, l'infirmière pivot fait la prise en charge alors que pour les autres types de cancer, il appartient aux CSSS d'assurer le suivi. Pour la clientèle ambulatoire, la problématique du délai semble plus importante. Il existe des listes d'attente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer en CLSC-CHSLD la prise en charge et le suivi psychosocial des usagers atteints de cancer dans un délai inférieur à 48 heures ; Pour la clientèle interne : <ul style="list-style-type: none"> établir une trajectoire interne de référence et de transfert d'information ; confier à l'infirmière pivot la coordination du plan de services Pour la clientèle ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une trajectoire de service et des

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
										<p>pour le soutien social. Les délais de traitement des demandes sont de moins de 48 heures, mais les délais de prise en charge s'échelonnent entre 0 j à 4 sem.</p> <p>Le service de garde psychosociale est disponible 24/7 par le biais des intervenants sociaux de 1^e ligne. Les demandes y sont acheminées par le services Info-Santé.</p>	<p>mécanismes de transfert d'informations entre le CH et le CSSS (utilisation bi-directionnelle de la DSIE) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir un corridor de service et assurer le transfert de l'information vers le médecin de famille traitant.
Service de nutrition (ex. alimentation parentérale)			CSSS	X			CH			<p>Absence ou rareté des ressources en 2^e ligne.</p> <p>Peu de services de nutrition dispensés dans les services de 1^e ligne.</p> <p>Travail en collaboration peu développé avec diététiste ayant l'expertise en oncologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consolider les équipes de 1^e ligne par l'ajout de nutritionnistes en services généraux courants qui assureraient la prise en charge des personnes atteintes de cancer ou assurer la disponibilité des services par le biais d'ententes de service avec des partenaires ; Formaliser la collaboration et le soutien de la diététiste de l'EIO ; Développer l'expertise, les outils didactiques et les protocoles cliniques (diététistes EIO) ; Développer des protocoles harmonisés, standardisés ;

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées	À faire
											<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les indicateurs de référence en diététique et des critères de gestion des listes d'attente ; ○ Assurer la formation des intervenants de 1^e ligne. 	
Soins d'assistance AVQ			CSSS	X		X EES					Le nombre d'heures disponibles est variable selon les CLSC et ne tient pas toujours compte du requis de services de l'utilisateur.	Poursuivre les travaux relativement aux services admissibles et harmoniser régionalement ces services (Politique SAD et Politique en soins palliatifs de fin de vie).
Services de pastorale			CSSS	X		X	X				<p>Les services de pastorale de la santé à domicile sont disponibles en soins palliatifs dans 1 seul CLSC. Ces services peuvent être offerts à domicile si demandé (2 CLSC). Le suivi des personnes atteintes de cancer par les ressources paroissiales (prêtres ou agent pastorale) sont disponibles sur demande des usagers ou proches. Le suivi de la clientèle est assuré, en CHSLD, par les prêtres de paroisse (aucun mandat pastoral) dans plusieurs cas. Des équipes de bénévoles sont présentes en CHSLD et en CH pour soutenir les</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer la dimension spirituelle dans l'évaluation des besoins de l'utilisateur ; ○ Associer dans chaque milieu clinique les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches et les soutenir ; ○ Identifier et formaliser des collaborations avec les ressources pastorales en 1^e ligne ○ Intégrer un prêtre ou un animateur en pastorale de la santé dans l'EIO et les équipes des CLSC; ○ Développer des indicateurs de référence en pastorale ; ○ Développer, en pastorale de la santé, un contenu de formation spécifique au

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH					
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire		
										activités en pastorale.	programme-clientèle oncologie ; <ul style="list-style-type: none"> Assurer, lorsque demandé par l'utilisateur, l'accessibilité à des intervenants d'autres religions par le biais des animateurs de pastorale ; S'assurer, en établissement de santé, que les animateurs de pastorale détiennent un mandat pastoral. 	
Services soutien aux usagers et aux proches : <ul style="list-style-type: none"> Transport/ accompagnement Gardiennage 	X		CSSS	X		X				X	Peu de soutien en général est accordé aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. Hospitalisation prolongée de certains usagers par manque de ressources de soutien en 1 ^{re} ligne. L'accompagnement/transport lors des traitements demeure problématique surtout en régions éloignées des centres urbains (1 groupe existe dans le secteur Nouvelle-Beauce et 1 groupe dans Lotbinière). L'information à l'utilisateur et à ses proches relativement aux groupes ou organismes existants est déficiente. L'accès à des bénévoles sélectionnés, encadrés et	<ul style="list-style-type: none"> Préciser des mesures de soutien systématiques à chacune des étapes de la trajectoire/siège de cancer, c'est-à-dire dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie et les intégrer au PII ou au PSI ; Intégrer la contribution des bénévoles au plan d'intervention ; Identifier des ressources dévolues aux activités de gardiennage par territoire de CLSC ; Rendre disponible par le biais d'ententes avec des organismes communautaires ou ressources bénévoles, dans chaque territoire de CLSC, l'accès à un service

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées	À faire		
									<p>formés est déficient. La structure de soutien semble davantage organisée en CHSLD. L'information sur les ressources du milieu est transmises verbalement par les médecins, certains pharmaciens et tous les CLSC. L'information est également disponible au bottin informatisé des ressources.</p>	<p>d'accompagnement/transport aux traitements pour les usagers atteints du cancer ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'accès aux services des EES en aide à domicile (COOP de services) pour différents besoins de soutien identifiés chez l'utilisateur atteint du cancer ou en phase terminale ; Élaborer et rendre disponible, dans chacun des CSSS, un répertoire des ressources de soutien pour les usagers et les proches, en informer les médecins et les autres partenaires ; Mettre en place des infirmières pivots en oncologie pour guider l'utilisateur dans son itinéraire thérapeutique, l'orienter, l'écouter et assurer la coordination des services qui lui sont offerts ; Formaliser des ententes entre organismes communautaires et CSSS.
<ul style="list-style-type: none"> Services d'aide domestique 	X		CSSS X		X EES				<p>Des délais sont observés pour l'obtention de l'aide à domicile (0 jr à 1 sem.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planifier le congé de l'utilisateur et acheminer la demande de service au CSSS par le biais de la

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action			
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											DSIE ; <ul style="list-style-type: none"> Prévenir l'épuisement physique et psychologique en accordant un soutien approprié tel que défini dans la Politique SAD ; Formaliser les protocoles entre les équipes SAD et les Entreprises d'économie sociale (EEE) afin de convenir des collaborations mutuelles, d'assurer le suivi adéquat de la clientèle et la transmission de l'information ; Consolider l'accès aux services des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (COOP de services) pour différents besoins de soutien identifiés chez l'utilisateur atteint du cancer ou en phase de fin de vie ; Dispenser une formation adéquate aux intervenants ; Coordonner les services mis en place pour l'utilisateur par le biais du PSI.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées	À faire
<ul style="list-style-type: none"> Popote roulante 	OC		X			X					La disponibilité est présente dans tous les territoires selon des modalités et un horaire variable. D'autres alternatives tels les mets préparés en épicerie et les restaurateurs contribuent à l'offre de services.	<ul style="list-style-type: none"> Rendre accessible dans chacun des territoires une alternative pour les jours où la popote n'est pas disponible et diffuser l'information.
<ul style="list-style-type: none"> Télesurveillance 			CSSS			X					L'accès au programme de télésurveillance est évalué par un des membres de l'équipe interdisciplinaire SAD selon des critères définis et le requis de besoin de l'utilisateur. Le défi consiste dans la mise à jour des fiches d'inscription (manuelle) au programme.	<ul style="list-style-type: none"> Développer une fiche d'inscription informatisée.
<ul style="list-style-type: none"> Groupes communautaires oeuvrant en cancer 	OC						X		X	Outre la Société canadienne du cancer, la Fondation québécoise du cancer et les organismes reconnus pour l'écoute téléphonique, 11 groupes d'entraide cancer exercent dans la région dont 7 groupes pour le cancer du sein. 4 de ces 11 groupes sont non financés SOC. Les activités de ces groupes s'étendent parfois au-delà de l'entraide, de l'accompagnement et du soutien. L'accessibilité et les services offerts sont	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser un accès unique, dans chaque territoire de CLSC, aux organismes communautaires œuvrant en cancer et en soins palliatifs (toutes pathologies) ; Étudier la faisabilité que les groupes d'entraide cancer du sein puissent répondre également aux autres types de cancer et se qualifient pour recevoir les budgets de développement le cas échéant ; Accorder tout nouveau 	

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<p>variables entre les organismes communautaires œuvrant en cancer. Ces activités sont cependant plus lentes à démarrer en régions rurales. Il y a absence de groupes d'entraide pour les autres sièges de cancer que le sein sauf CSSS Beauce et Littoral.</p> <p>Le processus de gestion des bénévoles est peu encadré sauf pour 2 groupes (sélection, formation, encadrement).</p> <p>Le travail de partenariat avec les OC est à développer.</p> <p>Divers autres groupes SOC agissent particulièrement au secteur soutien à domicile de chaque CLSC pour des services (popote roulante, transport/accompagnement, visites amicales, téléphones sécuritaires ou d'amitié, aide correspondance, surveillance ou gardiennage occasionnel et parfois pour des travaux légers.</p>	<p>financement aux groupes déjà financés afin de consolider l'offre de service et augmenter l'expertise ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ S'assurer que ces groupes disposent d'un plan de développement et d'encadrement de leurs bénévoles ainsi que d'un plan d'action en collaboration avec la TROCCA, les CSSS ; ◦ Rendre disponibles, en CHSLD, les services des bénévoles oeuvrant en cancer ; ◦ Supporter les organismes communautaires « cancer » en les jumelant, pour certaines activités de formation ou d'information, avec les bénévoles des CSSS.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées	À faire
<ul style="list-style-type: none"> Groupes bénévoles 	X		CSSS	X			X			X	<p>Les bénévoles sont peu ou pas intégrés aux équipes soignantes dans les milieux de soins (sauf hébergement, Maison Catherine de Longpré (MCL) et ponctuellement 2/4 CH). Il existe des lacunes dans le processus d'encadrement des bénévoles de même qu'à l'accessibilité à la formation pour les bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Associer et soutenir les bénévoles et les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches ; Établir des mécanismes formels de communication entre les établissements et les organismes communautaires ; Proposer des formations conjointes établissements/bénévoles ; Inclure au PSI les activités offertes par les groupes bénévoles et en assurer le suivi ; Instituer chez les groupes communautaires, oeuvrant auprès de personnes atteintes du cancer et leurs proches un processus de sélection, de soutien et d'encadrement aux bénévoles.
<ul style="list-style-type: none"> Équipements, fournitures et aides techniques 			CSSS	X		X TSS- CA					<p>Les équipements disponibles sont parfois désuets. Il y a méconnaissance des services, des fournisseurs ou bailleurs de fonds par les usagers et les professionnels. Les établissements, pour plusieurs d'entre eux,</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prévoir un plan de renouvellement et de gestion des équipements/établissement ; Inclure au répertoire des ressources l'information sur les services, les fournisseurs ainsi que les organismes pouvant accorder une aide

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											exigent une contribution financière de l'utilisateur pour l'accès à l'équipement spécialisé. Le diagnostic de cancer est inclus aux critères d'attribution des aides techniques (volet SAD de TSSCA).	financière aux usagers en besoins financiers et rendre l'information disponibles aux intervenants et professionnels ; <ul style="list-style-type: none"> Harmoniser régionalement, la contribution financière des usagers (Politique SAD et Politique en soins palliatifs de fin de vie).

SERVICES SPÉCIALISÉS E

Investigation-diagnostic <ul style="list-style-type: none"> Imagerie numérique laboratoire électrophysiologie 			X			CH hors région	CH	X	X	X	L'accessibilité à des services de consultation hématologique est inégale pour 3/4 CH compte tenu de la disponibilité restreinte des hématologues. L'HDL offre tous les services (examens spécialisés, spécialistes) permettant de préciser et de confirmer un diagnostic à l'exception des cancers très complexes qui sont faits à HDQ ou occasionnellement dans d'autres CH hors région. Les autres CH du territoire offrent des services partiels. Les délais déclarés sont, dans certains cas, supérieurs à ceux attendus.	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès à un PET scan pour la clientèle de Chaudière-Appalaches ; Dispenser (les 4 CH) les services de base I-Dx-Tx en tentant d'atteindre des délais d'attente respectables selon les critères définis au PQLC, dans le PQDCS ou par une autre instance, par exemple : Augmenter de 4 % l'autonomie régionale pour les activités de diagnostic et de traitements dans les cas de tumeurs d'ici 5 ans ; Confirmer à HDL son mandat régional pour les activités Investigation-Diagnostic-Traitements pour les cancers de l'appareil respiratoire ;
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---	--	--	----------------	----	---	---	---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											<ul style="list-style-type: none"> Établir et formaliser des corridors de service ; Rendre disponibles dans tous les territoires les services médicaux spécialisés par la formalisation d'ententes avec le CH ; Évaluer la volonté de certains médecins omnipraticiens, internistes ou infirmières cliniciennes de développer une pratique avancée en cancer et favoriser la formation.
										<p><u>Délais moyens déclarés entre</u> Début d'investigation et diagnostic : varie de 1 à 6 sem. selon le type de cancer (plus long, jusqu'à 14 sem. cancers hématologiques, tête et cou), la complexité du cas et l'établissement (moindre à HDL). Confirmation Diagnostic et début des traitements : 2 sem. (sauf CHRA, 8 sem. cancers gynécologiques et CHBE, de 4 À 6 sem. cancers hématologiques). Demande de services chimio et la 1^e visite en clinique ext. oncologie : moins de 10</p>	<p><u>Délais moyens attendus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> un délai d'attente inférieur à 12 jrs entre le début de l'investigation et l'annonce du Diagnostic pour le cancer du sein selon le PQDCS ; un délai d'attente inférieur à 5 jrs entre le Diagnostic et le Traitement de chimiothérapie tel qu'il est préconisé dans le PQLC ; un délai d'attente inférieur à 7 jrs pour un rendez-vous chez le médecin ou chez le spécialiste dans le cas d'un cancer à détecter ; un délai d'attente inférieur à 28 jrs entre le début de

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées À faire		
							<p>jours.</p> <p>Arrivée au département et début de traitement chimio : 0 à 2 heures</p> <p>Délai attente entre début investigation et diagnostic : 1 à 6 semaines selon type cancer, complexité cas et l'établissement.</p> <p>Délai accès services consultations CH : moins de 10 jours</p> <p>Délai de retour d'information inférieur à 3 semaines à la suite d'une demande de consultation.</p> <p>Délai accès hospitalisation : inférieur à 24 heures</p> <p>Procédures d'accès à l'hospitalisation non formalisées.</p> <p>Accès facilité ou privilégié en CLSC (priorisé si urgence).</p>	<p>l'investigation et l'annonce du Diagnostic pour des cancers particuliers ;</p> <ul style="list-style-type: none"> un délai d'attente inférieur à 7 jrs entre la demande et le Traitement de chimiothérapie ; un délai d'attente inférieur à 15 jrs entre la première visite et le début du Traitement de chimiothérapie ; Améliorer accès aux services dans la région (ententes formelles et corridors) ; Se conformer aux normes révisées du MSSS lors de leur mise à jour (d'ici 2007).
Services pharmaceutiques				X	CH		<p>Certains CH sont en pénurie de ressources (RH et RF).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux médicaments antinéoplasiques par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan régional de gestion des médicaments antinéoplasiques ; Évaluer la possibilité de former un comité régional de pharmaciens.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées À faire			
ADAPTATION- RÉADAPTATION : <ul style="list-style-type: none"> ○ Services psychosociaux ○ Nutrition ○ Physiothérapie ○ Ergothérapie ○ Inhalothérapie 			X		X	CH		<p>Peu ou pas d'activités ne sont réalisées auprès des adultes et de façon moindre pour les enfants (peu de cas et références faites hors région)</p> <p>La plupart des activités réalisées concernent : évaluation des besoins, réadaptation pour stomie, services d'orthophonie, de physiothérapie. De l'aide est également apportée aux usagers atteints du cancer de la prostate.</p> <p>Délai d'accessibilité en orthophonie CHBE.</p> <p>Absence de psychologue dédié à cette clientèle dans la région.</p> <p>Absence de ressources dédiées cancer « diététiste, physio, ergo, inhalo » auprès des usagers et en soutien aux intervenants. Services accessibles sur consultation seulement. Non intégré à l'équipe soignante ou interdisciplinaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider l'accès à ces services dès le diagnostic de cancer jusqu'aux soins de fin de vie par la mise en place de guides cliniques standardisés et de programme de formation continue ; ○ Consolider l'expertise dans les traitements de stomothérapie (plaies, stomies) ; ○ Rendre accessibles les services d'orthophonie au CHBE. ○ Pour chacun de ces services : ○ Développer des indicateurs de référence ; ○ Développer l'expertise, les outils didactiques et les protocoles (EIO) ; ○ Développer des protocoles harmonisés, standardisés ; ○ Favoriser le travail en collaboration interdisciplinaire ; ○ Rendre accessibles les services psychosociaux (intervenant social, psychologue, psychiatre) et les services de liaison intra et inter établissements en clinique externe d'oncologie

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées À faire		
								des 4 CH ; <ul style="list-style-type: none"> Intégrer une ressource psychosociale dans chaque EIO.
Équipements/fournitures					X	X		Équipements disponibles, mais parfois désuets. Méconnaissance des services, des fournisseurs ou bailleurs de fonds par les usagers et même les professionnels. <ul style="list-style-type: none"> Prévoir un plan de renouvellement et de gestion des équipements/ établissement ; Inclure au répertoire des ressources l'information sur les services, les fournisseurs ainsi que sur les organismes pouvant accorder une aide financière aux usagers en besoins financiers et rendre l'information disponibles aux intervenants et professionnels.
TRAITEMENTS À VISÉE CURATIVE <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie Chimiothérapie Radiothérapie 		X	X			X		Évaluation des besoins de l'usager et des proches. <u>Cliniques externes oncologie</u> Principalement axée sur l'aspect clinique plutôt que sur l'aspect psychosocial. Évaluation médicale par le md. et pharmacologique par le pharmacien ou l'équipe. Outils d'évaluation des besoins des usagers et des proches différents selon les cliniques. <ul style="list-style-type: none"> Consolider le volet psychosocial de l'évaluation ; Le plan de traitement doit-il être fait par l'hémo-oncologue ou peut-il être fait par l'équipe soignante après discussion avec l'hémo-oncologue ? Harmoniser les protocoles par type de traitement ; Formaliser le partage d'information avec les médecins traitants pour le suivi des effets secondaires.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
										<p>Élaboration d'un plan de traitement Fait par les hématologues sauf à l'HDM (fait par des médecins de famille et l'équipe de travail après discussion avec hématologues).</p> <p>Décision thérapeutique et traitements Relèvent des médecins spécialistes des CH. Faits par les hématologues de l'HDL pour HDL, CHRA et CHBE et par HSS pour cancers hématologiques de la clientèle HDM.</p> <p>Protocole traitement</p> <p>La plupart des médecins (cliniques médicales, CLSC, CH, domicile) s'occupent directement des effets secondaires ou problèmes reliés à chimio. ou radio.</p> <p>Lors de récurrences ou complications La plupart des cas transitent par l'urgence Le traitement du lymphoedème exige une expertise particulière qui nécessite de la formation.</p>	

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											Des activités de prévention de cette complication pourraient être enseignées aux physiothérapeutes et au personnel infirmier.	
			X	X		X HDQ Hop. Laval HSS Enf- Jésus CUSE	X	X	X	X	<p>Chirurgie La plupart des chirurgies pour cancer sont réalisées dans chaque CH, sauf pour les chirurgies complexes ou expérimentales et celles pour les cancers spécifiques ou rares (voir section services suprasspécialisés). Chirurgie poumon : HDL (¼ CH). Les autres CH réfèrent hors région. Cancer encéphale : Enf-Jésus. Cancers gynécologiques rares ou avancés : HDQ. Certains cancers poumon : Hôpital Laval. Chirurgies pulmonaires (lobectomies simple et extensive, pneumonectomie ou autres chirurgies extensives : HDL et Hôpital Laval. Cancers tête et cou : HDL et Enf-Jésus. Chirurgies mammaires complexes, expérimentales et de reconstruction : HDL et</p>	<ul style="list-style-type: none"> Établir des corridors de services formels lorsque requis; Liens inter CH, avec les médecins traitants, les IPO, les équipes SAD des CSSS ; Formaliser les mécanismes de liaison.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				Actualisées	À faire
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
										<p>HSS. Hépatectomie ou transplantation cancers primaires du foie, alcoolisation et destruction par radiofréquence de carcinome hépato-cellulaire ou de métastases hépatiques : Hôpital Saint-Luc.</p> <p>Cystectomie radicale, néphrectomie radicale, lymphadénectomie rétropérinéale et les chirurgies conservatrice et radicale pour les cancers du pénis : HDL et HDQ.</p>		
				X certains			X	X	X	X	<p>Chimiothérapie Tous les CH administrent des traitements de chimio simples ou complexes selon les protocoles établis pour tous les sièges de cancer sauf les sièges de la tête et du cou (2/4 CH). Prise de décision de chimio adjuvante et néo-adjuvante par l'hémato-oncologue. Les médecins en CH font le suivi de 95 % à 100 % de leurs patients en chimio., la majorité étant des médecins spécialistes. Sous-représentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Assurer (HDL) aux autres CH de la région la présence d'un hémato oncologue selon les besoins requis identifiés, particulièrement à HDM (réf. Organisation des services médicaux spécialisés dans la région) ; ◦ Étudier la faisabilité d'harmoniser les protocoles avec les hémato-oncologues ; ◦ Renforcer les liens entre les hémato-oncologues, les autres professionnels et l'EIO pour favoriser le plus possible le suivi de l'utilisateur

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<p>d'héματο-oncologues à HDM. Les omnipraticiens collaborent aux traitements de chimio. La complexité du traitement et les budgets restreints ont des impacts aux plans ressources humaines et médicaments, surtout HDM. Garde 24/7 dans 3/4 CH, dispensée par pharmaciens, médecins ou héματο-oncologues. Multiplication et complexification des protocoles en lien avec le développement des technologies et médicaments. Augmentation des durées de traitement. Mobilité des héματο-oncologues (à tour de rôle) pour assurer le suivi des usagers.</p>	<p>par le même héματο-oncologue et leur permanence dans la région ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser le travail en équipe et une meilleure répartition des héματο-oncologues sur le territoire.
											<p>Suivi morcelé (itinérance de 8 héματο-oncologues sur le territoire). L'usager ne voit pas souvent le même spécialiste. Plans de traitement différent selon les héματο-oncologues. Faible rétention de clientèle</p>	

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
										<p>à HDM (présence 7 hres hémato-oncologue aux 8 semaines).</p> <p>Administration chimio (zoladex, méthotrexate) dans 3/10 installations 1^e ligne. Les protocoles de sont pas toujours disponibles.</p> <p>Des traitements expérimentaux sont réalisés à HDL (protocole de recherche).</p>	
										<p>Cancers hématologiques</p> <p>Chimiothérapie et transfusions (4/4 CH). Expertise 8 hémato-oncologues à HDL.</p> <p>Aucune unité de réanimation hématologique pour chimiothérapie myéloaplasiante dans la région.</p> <p>CHAU HDL offre l'expertise d'une équipe d'hémato-oncologues toujours sur place. (itinérance autres CH).</p> <p>Répartition inégale des services hémato-oncologique dans la région (nb. heures).</p> <p>Rétention moindre clientèle à HDM.</p>	

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées À faire				
								<p>Radiothérapie Radiothérapie non disponible dans la région. Les traitements de radiothérapie se font hors région (HDQ), mais un radio oncologue fait de la consultation sur place à HDL. Délai attente radiothérapie : 4 à 8 sem. Très peu de délai si urgence (ex : envahissement de la moelle).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le dossier d'implantation des services de radiothérapie dans la région a été déposé au MSSS pour étude (échancier 2008 et suivant). 	
Traitements palliatifs actifs <ul style="list-style-type: none"> chirurgie, radiothérapie chimiothérapie offerts dans les cas de cancers métastasiques ou pour prévenir et traiter symptômes liés à la maladie ou aux traitements				X HDQ H Laval	X	X	X	X	Réalisés dans chacun des CH sauf radiothérapie palliative, volet pédiatrique et cas complexes (complications maladies greffon ainsi que traitement laser et pose prothèses endobronchiques pour cancers pulmonaires.)	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des mécanismes de liaison et de communication efficaces entre les EIO locales, régionales et suprarégionales (corridors formels de services) ; S'assurer du retour d'information vers le médecin de famille.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux Services spécifiques	Partenaires CJ CR Autres	CH 1 ^e ligne 2 ^e ligne	Actualisées À faire		

SERVICES SURSPÉCIALISÉS E

Diagnostic					X 3 ^e ligne			X	Les procédures diagnostiques suivantes se font hors région (HDQ, HSS) : l'immunophénotypage, la cytogénétique et la biologie moléculaire	
Cancers pédiatriques					X 3 ^e ligne CHUL HDQ HSS Enf- Jésus CUSE Ste- Justine		X	X	<p>Investigation et procédures diagnostiques L'évaluation de la maladie, la pose du diagnostic ainsi que la détermination et la mesure de l'étendue de la maladie (bilan d'extension) sont effectuées hors région en CH pédiatrique.</p> <p>Traitements à visée curative chirurgies : CHUL. (parfois CUSE ou Ste-Justine) Chimiothérapie Prise de décision protocoles et l'amorce traitement surtout CHUL, parfois CUSE ou Ste-Justine. Traitement et soutien occasionnel par les CH de la région.</p> <p>Traitements palliatifs actifs Références CHUL, CUSE et Hôpital Sainte-Justine Occasionnellement enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les services (trajectoire/siège cancer) pour la clientèle pédiatrique (mandat des EIO) ; Mettre en place des mécanismes liaison et de communication efficaces entre les EIO locales, régionales et suprarégionales (corridors formels de services) ; Développer des ressources communautaires de soutien dans la région, en particulier pour la clientèle en soins palliatifs à domicile.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											hospitalisés à HDL, Beauce et Thetford. Adaptation-Réadaptation-Soutien presque systématiquement référés au CHUL, CUSE ou Hôpital Sainte-Justine Certains soins, services et du soutien pourraient trouver une réponse « en collaboration » dans la région.
Traitements palliatifs actifs						X 3 ^e ligne				X	Cas complexes : Décision thérapeutique et traitements cancers vulve, vagin, ovaires chez les jeunes, de l'endomètre (rares ou volumineux), des sarcomes et des cancers volumineux ou avancés du col : HDQ. Radiothérapie Radiothérapie palliative : HDQ. Volet pédiatrique : CHUL, CUSE, Ste-Justine. Complications maladies greffon ainsi que traitement laser et pose prothèses endobronchiques pour cancers pulmonaires : Hôpital Laval. Chimiothérapie Chimio intensive avec

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH			
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire
										réinfusion de cellules souches périphériques autologues ou avec réinfusion de cellules souches allogéniques : HDQ ou HSS. Chimio spécifique peau : HDQ. Chimio spécifique foie : CHUL ou Hôpital St-Luc. Cancers hématologiques Greffe de moelle osseuse, aphérèse thérapeutique et collecte par aphérèse : HDQ et HSS.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises	Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne		

SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE « CANCER ET AUTRES PATHOLOGIES »

SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE <ul style="list-style-type: none"> ◦ services médicaux (24/7) ◦ soins infirmiers (24/7) ◦ services psychosociaux (24/7) ◦ physiothérapie ◦ ergothérapie ◦ soins d'assistance ◦ services de pastorale ◦ services de pharmacie ◦ accès téléphonique 24/7 		M D	CSSS			X MCL MMS	CH	X			Accès privilégié facilité : délai 0 à 2 jrs ou moins d'1 semaine. <u>1^e ligne (missions CLSC et CHSLD) :</u> Services intensifiés en période de phase terminale (en CLSC). L'intensité demeure variable selon les territoires. Épuisement des proches. Ces derniers ne reçoivent pas toujours les services appropriés. Équipes CSSS (9) affectées par territoire géographique. Délai de prise en charge immédiat (si urgence) et personnalisé en CLSC, variable en CHSLD. Les soins infirmiers et les services psychosociaux sont accessibles 24/7. Les services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'auxiliaires familiales sont principalement accessibles en semaine. Il existe peu ou pas de services de nutrition clinique. Pour la plupart, la clientèle est inscrite aux soins infirmiers 24/7 de même qu'à Info-Santé + Lits soins palliatifs./CSSS : 1 à 3 lits localisés CHSLD, résidence privée (1) et CH (2).	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Préciser et uniformiser les critères et modalités d'accès aux soins palliatifs dans tous les territoires ; ◦ Définir et uniformiser la contribution des usagers ; ◦ Implanter la Politique nationale en soins palliatifs de fin de vie ; ◦ Assurer dans chaque CSSS, par point de services, l'accès à une équipe dédiée en soins palliatifs (équipe soutien à domicile) ; ◦ Privilégier des intervenants dédiés (ainsi que remplaçant) et identifier leur rôle ; ◦ Spécifier les services et modalités d'hébergement temporaire de dépannage (répit) et harmoniser, dans l'ensemble de la région, les coûts associés ; ◦ Rendre disponibles dans chaque territoire de CSSS des places d'hébergement de type moyen séjour (3 à 6 mois) ; ◦ Formaliser dans chaque territoire de CSSS l'accès à une garde médicale 24/7 en soins palliatifs ainsi que l'accès à des services de pharmacie ;
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------	------	--	--	---------------------	----	---	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
										<p>Total lits soins palliatifs dans la région : 24 (inclus MCL). Délai d'attente lits soins palliatifs : 1 à 3 sem. (4 CLSC) et aucun pour les autres. Absence de garde médicale et de garde pharmaceutique sur certains territoires. Manque d'intérêt, de disponibilité ou inconfort des méd. traitants face au mourir à domicile et aux exigences cliniques. Manque de lits d'hébergement à moyen terme (3 à 6 mois) lorsque retour domicile non sécuritaire. La moitié des CHSLD dispose d'un espace aménagé pour usager en phase terminale et sa famille. Les services de réadaptation y sont peu disponibles et certains CHSLD éprouvent de la difficulté à couvrir les besoins en services médicaux..</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre accessible une trousse d'urgence pour les soins palliatifs dans chaque CSSS (CLSC et CHSLD) ; ○ Étudier la possibilité de réserver, en soutien à domicile, des budgets spécifiques pour les soins palliatifs de fin de vie et les équipements (incluant aide à domicile, gardiennage, séjour en lits hébergement temporaire de soins palliatifs) ; ○ Déterminer régionalement des balises cliniques dans le soulagement de la douleur ; ○ Assurer un suivi psychosocial adéquat à l'usager et à sa famille, et ce, peu importe le lieu d'intervention.
Soins palliatifs de fin de vie (suite)										<p>Tous n'ont pas de garde médicale 24/7. <u>Maison soins palliatifs Catherine-de-Longpré (MCL)</u>. 8 lits (toutes clientèles et toutes pathologies). Accepte séjour stabilisation. La situation est à clarifier avec le CSSS Beauce quant au</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revoir le mode de fonctionnement des équipes actuelles afin de faciliter le travail interdisciplinaire (incluant la réadaptation) ; ○ Assurer pour chaque usager un PSI ; ○ Prévoir des mécanismes clairs et efficaces de transfert d'informations

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											<p>nombre de lits nécessaires pour le territoire et leur localisation.</p> <p><u>Maison Michel Sarrazin (MMS)</u> accueille également des usagers de la région, seulement pour la clientèle atteinte de cancer. Le personnel de MMS se déplace, au besoin, pour évaluation de la clientèle. Il n'existe pas de système formel de liaison entre les établissements pour la clientèle ni d'ententes formelles concernant les demandes d'expertise.</p> <p><u>En CH</u> Les services de base sont offerts. Trois équipes formelles (HDL, HDM, CHRA), et réunions régulières sauf 1/4 CH. Problème d'espace pour accueillir bénévoles, proches et intervenants. Lits soins palliatifs. réservés : CHRA et HDM. Unité soins palliatifs : CHRA.</p> <p>entre les professionnels et avec le MD traitant.</p> <p><u>En CH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer une unité de soins palliatifs en CH ○ Aménager les locaux pour permettre la présence des proches ; ○ Faciliter l'accessibilité aux bénévoles CH et 1^e ligne ; ○ Augmenter services soutien et gardiennage ; ○ Dédier un intervenant pivot au dossier de chaque usager ; ○ Dispenser de la formation aux intervenants ; ○ Assurer un échange fluide d'informations entre les professionnels au dossier, les médecins traitants et les médecins de famille.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action				
	Org. comm.	MD	CSSS	Partenaires	CH							
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire		
Soins palliatifs de fin de vie (soutien clinique)						MCL MMS HDQ	X	X	X	X	Expertise disponible dans la région sauf radio-oncologie à HDQ. Disponibilité d'expertise supra régionale avec MMSarrazin.	
Pastorale			CSSS			X	CH	X	X	X	Besoins spirituels pas (ou peu) considérés lors de l'évaluation des besoins. Quelques CSSS, mission CHSLD, ont des ententes formelles pour les services de pastorale. Pour la clientèle à domicile, les services, à l'exception de Desjardins, sont dispensés par les curés en paroisse. <u>En CH</u> Animateurs de pastorale de la santé détenant un mandat pastoral dans chaque CH, mais pas dans chaque CHSLD. Peu ou pas impliqués auprès de clientèle oncologie, mais davantage en soins palliatifs.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Intégrer la dimension spirituelle dans l'évaluation des besoins de l'utilisateur ; ◦ Associer dans chaque milieu clinique les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches et les soutenir ; ◦ Identifier et formaliser des collaborations avec les ressources pastorales en 1^e ligne ; ◦ Intégrer un animateur en pastorale de la santé ou un prêtre dans l'EIO ; ◦ Développer des indicateurs de référence en pastorale ; ◦ Développer, en pastorale de la santé, un contenu de formation spécifique au programme-clientèle soins palliatifs ; ◦ S'assurer, en établissement de santé, que les animateurs de pastorale détiennent un mandat pastorale ;

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévoir un arrimage entre les animateurs de pastorale et les équipes de bénévoles. 	
Services soutien aux usagers et aux proches	OC	X	CSSS	X		X	CH	X		X	<p><u>En CH</u> Évaluation systématique des besoins de soutien (3/4 CH) et présence du proche favorisé. Implication des bénévoles 3/4 CH. L'information sur les diverses ressources de soutien en 1^e ligne sont offertes davantage et de façon systématique au moment du congé.</p> <p><u>En CSSS</u> Le service est disponible de façon inégale. Rares sont les milieux qui évaluent systématiquement le besoin et qui préparent un PSI à l'intention des proches. Les services sont moins accessibles dans la plupart des CHSLD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préciser des mesures de soutien systématique dès l'identification de la phase palliative, et ce, pour toutes autres pathologies incluant la phase du deuil ; ○ Intégrer la contribution des bénévoles au plan d'intervention ; ○ Dans le contexte des CSSS, évaluer la possibilité de continuité de l'intervention psychosociale et de réadaptation par la même équipe au SAD et en CHSLD ; ○ Créer des liens avec les organismes communautaires du milieu qui offre le soutien aux personnes en fin de vie ; ○ Formaliser une approche interdisciplinaire et systématiser l'utilisation du PII ou du PSI ; ○ Prendre ententes avec les ressources du milieu afin d'optimiser leur contribution auprès des personnes en fin de vie et leurs proches.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action		
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH					
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire		
<ul style="list-style-type: none"> activités des bénévoles 	OC		X	CSSS		X	CH	X		X	<p>Peu ou pas intégrés aux équipes soignantes dans les milieux de soins (sauf hébergement, MCL et ponctuellement 2/4 CH). Lacunes dans le processus d'encadrement des bénévoles. Lacunes aux plans de l'accessibilité à la formation pour les bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Associer et soutenir les bénévoles et les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches ; Établir des mécanismes formels de communication entre les établissements et les organismes communautaires ; Proposer des formations conjointes établissements/bénévoles ; Instituer chez les groupes communautaires, œuvrant auprès de personnes en phase palliative ou terminale et leurs proches un processus de sélection, de soutien et d'encadrement aux bénévoles.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS	Partenaires	CH		Actualisées	À faire
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne

Cancer et SOINS PALLIATIFS

SERVICES SURSPÉCIALISÉS E

Ressources humaines, matérielles, informationnelles			X	X			X	X			<p><u>Ressources matérielles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de local pour entrevue individuelle usagers et proche en cliniques externes oncologie (2/4 CH) ; ○ Locaux insuffisants ou non fonctionnels en clinique externe oncologie (salle attente et traitement.) en CH ; ○ Peu de lits réservés à la clientèle soins palliatifs et espaces mal adaptés (CH, CHSLD) ; ○ Installation physique inadéquate pour les pharmaciens lors de l'enseignement à l'usager ; ○ Difficulté à dénombrer les lits et le taux d'occupation sauf à HDL et MCL (CH,CHSLD) ; ○ Répartition des coûts non disponible ; ○ Équipement quelquefois désuet. <p><u>Ressources informationnelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés dans le transfert 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre fonctionnelles les installations physiques en clinique externe en oncologie dans les 4 CH, et en CHSLD ; ○ Rendre disponible un local dédié aux rencontres individuelles usagers et proches en clinique externe dans les 4 CH et en CSSS (CLSC et CHSLD) ; ○ Rendre plus fonctionnelles les installations physiques en unité de soins palliatifs des 4 CH et les CHSLD aux prises avec des espaces vétustes ; ○ Doter les unités de soins palliatifs des 4 CH d'un lit de stabilisation et d'un local réservé aux familles et aux proches ; ○ Évaluer la pertinence d'un système de gestion des données en cancer/volets d'intervention ; ○ Assurer une formation adéquate aux intervenants et aux médecins ; ○ Créer les liens requis avec
-----------------------------------------------------	--	--	---	---	--	--	---	---	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS Services généraux	CSSS Services spécifiques	Partenaires CJ CR	Partenaires Autres	CH 1 ^e ligne	CH 2 ^e ligne			Actualisées
										<p>d'information inter-établissements ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés dans la tenue des statistiques. <p><u>Ressources humaines</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines insuffisantes et peu formées ; Travail interdisciplinaire peu développé. 	<p>les pharmaciens d'offices ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer sur l'agent payeur pour les fournitures requises et les médicaments ; Assurer la circulation de l'information clinique pertinente.
Interdisciplinarité et expertise			X	X			X	X		<p>Investigation et Traitements <u>Unité de soins en CH,</u> <u>CSSS</u> :</p> <p>Absence d'équipe interdisciplinaire dédiée pour la clientèle en oncologie. <u>Cliniques externe oncologie</u> équipe de travail mais absence d'équipes interdisciplinaires formelles. Sous-représentation hémato-oncologues HDM.</p> <p>Soins palliatifs Équipes soins palliatifs : HDM et CHRA (inf., pharmacien, t.s., animateur pastorale et bénévoles ainsi que d'autres intervenants au besoin) et HDL <u>CSSS</u> présence d'équipes interdisciplinaires souvent incomplète. Équipe soins palliatifs : 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consolider et formaliser les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en établissement et dans les CSSS. Favoriser l'accès à du personnel régulier et formé pour l'unité d'oncologie et pour l'unité de soins palliatifs en CH afin de faciliter l'organisation du travail et d'assurer le maintien de l'expertise ; Privilégier l'accès à des ressources humaines ayant de l'expertise et des aptitudes pour exercer auprès de la clientèle en soins palliatifs ; Assurer régionalement l'accès à de la formation continue semestrielle ; Accorder aux médecins, intervenants (incluant

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<p>CLSC la moitié diététistes, médecins et pharmaciens à l'équipe et, d'une manière moins fréquente, un animateur de pastorale, inhalothérapeute et auxiliaire familiale. Aucun bénévole n'est impliqué.</p> <p>5 CLSC comptent un pharmacien parmi les membres du personnel (1 à 2 h / sem.)</p> <p><u>CHSLD</u> Intègrent systématiquement infirmière, infirmière auxiliaire, animateur pastorale et préposé (surveillance/gardiennage notamment).</p> <p>La Maison Michel Sarrazin offre une expertise professionnelle au besoin compte tenu de son mandat suprarégionale.</p>	<p>CHSLD) et professionnels de l'équipe soignante des mesures de soutien ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispenser des formations sur les thèmes identifiés dans l'état de situation régional.
											<p>Fonctionnement équipe Cliniques externes d'oncologie</p> <p>Aucune rencontre formelle d'équipe dans 4/4 CH mais échanges et discussions de cas informels et non réguliers. Approche globale peu favorisée.</p> <p>Fonctions restreintes de l'équipe et non définies sauf HDM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adopter dans chaque milieu clinique le modèle régional de cheminement clinique de la personne atteinte du cancer, du diagnostic au suivi post traitement, en lien avec les orientations nationales ; Élaborer les trajectoires par siège de cancer, identifier

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
										<p>Absence de plans de soins concertés ni services soutien systématique.</p> <p>Problèmes reliés à : mode de pratique hémato-oncologues, manque de communication, concertation, support entre professionnels concernés et hémato-oncologues.</p> <p>Manque de consensus dans l'élaboration plans de traitement.</p> <p>Présence des hémato-oncologues dans 1/4 CH (itinérance pour les autres CH).</p> <p>Inconfort des intervenants à assurer le suivi (manque de concertation et de support).</p> <p>Insuffisance de ressources professionnelles, médicales et spécialisées et d'expertise diététistes, médecins et pharmaciens agissent davantage à titre de consultants auprès des divers partenaires</p> <p>Surcharge de travail et condition de l'usager influencent le temps d'enseignement pour les pharmaciens.</p>	<p>les écarts de services, établir et formaliser des corridors de services avec les établissements locaux, régionaux ou suprarégionaux ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponibles régionalement des outils harmonisés communs, tels, algorithmes cliniques, trajectoire de soins et de services/siège de cancer, bottin des ressources, etc. • Pour la clientèle en soins palliatifs de fin de vie atteinte d'autres pathologies, évaluer les besoins et en venir à réaliser des trajectoires de services.
										<p><u>En CH</u></p> <p>Échanges informels et irréguliers pour les autres CH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner une ressource infirmière dédiée à cette clientèle en 1^e ligne /territoire pour assurer la

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											<p>Médecins réfèrent au personnel de l'établissement ou au CLSC.</p> <p><u>CSSS</u> Plusieurs intervenants impliqués dans la prestation des services (inf et aux. familiales/préposées comptabilisent le plus d'heures). Approche globale considérée avec la participation de l'usager et ses proches. Absence de professionnel dédié (pivot) à cette clientèle. Affectation du personnel par secteur géographique généralement et non dédié exclusivement au suivi de la clientèle. Protocoles de soins palliatifs disponibles. Peu de mesures de soutien accordées aux intervenants et bénévoles. Peu ou pas de travail en équipe interdisciplinaire et absence ou irrégularité des réunions d'équipe.</p>	<p>continuité et la coordination, etc. ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer dans chaque milieu clinique une démarche harmonisée d'intervention favorisant l'approche globale, l'interdisciplinarité et l'éthique, en conformité au PQLC ; • Utiliser régionalement un outil harmonisé d'évaluation des besoins respectant la globalité de la personne.
											<ul style="list-style-type: none"> • Définir et formaliser des corridors de services fonctionnels dans la région et hors région ; 	

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action
Gamme de services	Org. comm.	MD	CéSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne		
									<p>Communications non standardisées lors des références ou transferts. Existe un délai de prise en charge lors de référence au CH</p> <p>Absence, rareté ou retard d'information et de communication entre les divers professionnels (CH et 1^{re} ligne) lors des traitements médicaux, du suivi et du requis adaptation-réadaptation.</p> <p>Formation HDL : Formation continue oncologie et soins palliatifs à son personnel et pour la région, séances information population et colloque annuel. Programme régional de formation continue dispensé en soins palliatifs. Manque de formation sur l'approche à la clientèle et soulagement douleur. Rare formation spécifique en oncologie chez les membres du personnel. Peu de transfert de connaissances en raison de grande mobilité des intervenants et d'absence</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Systématiser le retour d'information ; o Rendre accessible le dossier usager et s'assurer du transfert sans délai de l'information pertinente ; o Informatiser la transmission d'information au médecin traitant ; o Actualisation du rôle et fonctions des IPO ; o Formaliser les ententes d'expertise auprès des EIO pour chaque type de professionnels ; o Régulariser les réunions en interdisciplinarité (clinique, administrative et de soutien) et définir les modes de fonctionnement des équipes (EIO, soins palliatifs, équipes soignantes CH et 1^e ligne) ; o Rendre disponibles des activités de formation à l'ensemble du personnel des équipes dédiées incluant les médecins.

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				Actualisées
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
										d'intervenants dédiés. Lacunes aux plans de l'accessibilité. à l'information et à la formation pour les intervenants, professionnels.	
Gestion de la qualité		X	X				X	X		Peu d'activités de contrôle de la qualité reliées à la cancérologie et aux soins palliatifs de fin de vie ; Un comité relié à l'évaluation de l'acte médical et un comité relié à l'agrément dans chaque CH est prévu, auquel s'ajoute un processus d'appréciation de la qualité pour l'usager et ses proches.	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser en établissements CH et CLSC-CHSLD, les activités d'investigation/diagnostic/traitements en conformité avec les normes nationales ; Élaborer régionalement un programme d'appréciation de qualité.
Surveillance/ recherche/ évaluation						Agence				Peu de ressource à l'Agence sauf PQDCS. Le MSSS a déposé une matrice d'évaluation des EIO en mars 2005 (processus de reconnaissance formelle). Les visites d'évaluation sont prévues aux trois ans.	<ul style="list-style-type: none"> Assurer à l'Agence, un suivi en matière de surveillance et d'évaluation du PRLC ; Se référer aux indicateurs du MSSS (matrice évaluation) pour le processus de reconnaissance des EIO.
Connaissance du PRLC, des ressources et des services	X	X	X	X	X	Agence	X	X		<u>Intervenants et professionnels</u> Peu de connaissance du PRLC, des services et des ressources. <u>Population</u> Manque d'information sur le PRLC et les services offerts.	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître à la population de Chaudière-Appalaches (plan de communication régional) les services offerts aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches et éventuellement pour la clientèle atteinte d'autres

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											<p>pathologies nécessitant des soins palliatifs;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibiliser la population et les différents groupes ou organisations à la cause spécifique des soins palliatifs ; ○ Transmettre des informations spécifiques sur le PRLC et les orientations fondamentales (intégration services, expertise et ressources, volets d'intervention, soutien dès l'annonce diagnostic, continuité et coordination services, implantation des équipes interdisciplinaires en oncologie (EIO) et des infirmières pivots en oncologie (IPO), ressources dédiées en 1^e ligne ainsi que les organismes communautaires existants ; ○ Développer, dans l'attente du dossier oncologique, un moyen de communication harmonisé (exemple : carnet de suivi) relatif aux informations de l'utilisateur ; ○ Élaborer et rendre disponible pour la région un répertoire des ressources pour les usagers et les

Accès aux services	Dispensateurs						Ententes requises		Constats	Pistes d'action	
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH				
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne	Actualisées	À faire	
											proches ; <ul style="list-style-type: none"> • Développer et harmoniser régionalement des outils pédagogiques et informatiques ainsi que de la documentation portant sur les activités, programmes et services offerts ; • Développer le RTSS vers les cliniques médicales.

Les principaux enjeux et pistes d'action

Depuis l'année 2003-2004, dans la région de la Chaudière-Appalaches, nous avons une hausse importante des signalements et de l'attente à l'évaluation. Cette situation est inquiétante à plusieurs égards car elle nous questionne sur l'état de santé de la population et sur les moyens du réseau pour répondre aux problématiques liées à cette hausse, soit le trouble de comportement, mais plus particulièrement la négligence. Un chantier jeunesse composé de représentants du CJ, des CSSS, de la pédopsychiatrie, du CRDP, CRDI et de l'Agence est en cours pour analyser la situation et proposer des solutions. Une des premières constatations du chantier est que la clientèle des 6-11 ans a peu de services comparativement aux autres tranches d'âge et que les demandes d'aide sont à la hausse.

Étant donné la nouvelle structure mise en place dans le réseau de la santé, une réflexion devra être effectuée au sujet des mécanismes de concertation régionale, entre autres les Équipes MRC Jeunesse – Famille et la table des coordonnateurs FEJ. Cette réflexion devrait permettre de consolider ou de redéfinir les objectifs, la représentativité des membres et les liens avec les autres mécanismes de concertation.

L'implantation de la nouvelle structure sera l'occasion de réviser les pratiques d'intervention et d'harmoniser les pratiques à l'intérieur des CSSS et entre les CSSS. La supervision clinique et le programme national de formation sont des mesures qui aideront à effectuer ces changements.

L'entente MEQ-MSSS²⁰ vise à obtenir une vision commune et globale des besoins des jeunes et leur famille, ainsi qu'à préciser les responsabilités spécifiques et communes des partenaires, et ce, dans une perspective de continuité et de coordination des interventions. Les partenaires des deux réseaux doivent donc déployer ensemble les moyens nécessaires pour que tous les jeunes aient accès, au moment requis, aux services dont ils ont besoin, évitant ainsi que certains soient laissés sans réponse adaptée à leurs besoins. Au niveau régional, la prochaine étape est la mise en place des comités locaux dans la prochaine année.

Afin d'ordonner les enjeux dans le *programme-services jeunes en difficulté*, nous avons retenu les critères suivants :

- ⦿ Enjeux à court terme : jeunes en situation de vulnérabilité, nécessité d'agir durant la prochaine année sur les dossiers problématiques, échéance ministérielle, etc.
- ⦿ Enjeux à moyen terme : jeunes à risque de vulnérabilité, dossier courant à consolider, etc.
- ⦿ Enjeux à long terme : mettre en place des programmes, développer le travail en amont, changement à long terme, etc.

ENJEUX À COURT TERME

- ⦿ Réduction du nombre de signalements et de la liste d'attente à l'évaluation des signalements ;
- ⦿ Répondre aux besoins d'aide des enfants et leur famille qui sont signalés à la DPJ, mais qui ne répondent pas aux critères de celle-ci ;
- ⦿ Consolidation des services psychosociaux de la 1^e ligne et les autres services de soutien à la famille ;
- ⦿ Arrimer les programmes de santé mentale, déficience intellectuelle et de déficience physique avec ceux de la 1^e ligne ;
- ⦿ Consolider l'offre de service afin de contrer la négligence ;
- ⦿ Consolider les mesures de concertation clinique (PSI, équipe EIJ).

ENJEUX À MOYEN TERME

- ⦿ Consolider l'accueil des CSSS comme la porte d'entrée des services psychosociaux du réseau ;
- ⦿ Consolider le travail de partenariat entre tous les intervenants, les acteurs du réseau et les acteurs intersectoriels.

ENJEUX À LONG TERME

- ⦿ Créer un réel partenariat formel avec les organismes communautaires.

²⁰ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Québec, 2003. 34 p.