

Le réseau régional de lutte contre le cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Plan d'action 2011-2013

**Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et
des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

15 septembre 2011

Édition produite par :

L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Coordination

Christine Mimeault, Conseillère en gestion de programme santé physique, Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires

Marie-Andrée Régis, Agente de planification, programmation et recherche, Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires

Rédaction

Christine Mimeault, Conseillère en gestion de programme santé physique, Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires

Fabien Tremblay, Agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

André Marchand, Agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

Kathleen Pelletier, Médecin-conseil en promotion de la santé, Direction de santé publique

Collaboration

Marie-Claude Clouston, Agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

Conception

Claudine Tremblay, Agente administrative, Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires

Relecture

Lise Bouchard, Agente administrative, Direction des services de santé, des affaires médicales et universitaires

Annie Girard, Agente administrative, Direction générale

Anne-Pascale Maltais, Agente administrative, Direction de santé publique

Johane Thériault, Agente administrative, Direction générale

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

ISBN 978-2-923962-00-9 (version papier)

ISBN 978-2-923962-01-6 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2011

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
1. MISE EN CONTEXTE	6
1.1 Le profil de la région et son organisation de services	7
La population et le territoire.....	7
Le réseau.....	7
Les effectifs médicaux dans la région.....	9
La contribution des organismes communautaires.....	9
1.2 Le cancer au Saguenay–Lac-St-Jean.....	9
Incidence et mortalité selon le sexe et l'âge	10
Le dépistage du cancer.....	13
Les déterminants du cancer.....	14
Perspectives et enjeux.....	18
2. POINTS SAILLANTS DE LA SITUATION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER.....	20
2.1 Le continuum de soins et services : de la prévention aux soins palliatifs	20
2.1.1 Volet promotion-prévention	20
2.1.2 Volet dépistage.....	23
2.1.3 Volet investigation, traitement et soutien.....	24
2.1.4 Volet soins palliatifs	25
2.1.5 Volet formation, recherche, évaluation et maintien de la qualité	25
2.2 La gouverne régionale et mécanisme de concertation.....	26
3. LES VISÉES DU PLAN D'ACTION 2011-2013	28
3.1 L'objectif général et les enjeux prioritaires	28
Les enjeux prioritaires du plan d'action.....	29
Les conditions favorables à la réalisation du plan d'action	29
CONCLUSION	41
ANNEXES	42
BIBLIOGRAPHIE	56

Liste des tableaux

Tableau 1 Établissements du réseau régional	8
Tableau 2 Incidence pour certains cancers, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2002-2006	10
Tableau 3 Répartition des principaux sites de cancer, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2002-2006	11

Liste des figures

Figure 1 Les réseaux locaux de services du Saguenay–Lac-Saint-Jean et leur population	7
Figure 2 Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer selon le sexe	11
Figure 3 Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer selon le sexe et le site	12
Figure 4 Évolution du taux ajusté de mortalité par cancer selon le sexe et le site	12
Figure 5 Évolution de l'incidence du cancer, sexes réunis	13
Figure 6 Pyramide des âges du Saguenay–Lac-Saint-Jean	18
Figure 7 Nombre de fumeurs qui consultent une conseillère dans un CAT	20

Liste des annexes

Annexe 1 - L'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer avec désignation régionale.....	43
Annexe 2 - Médecins spécialistes en place par spécialité au Saguenay–Lac-Saint-Jean	44
Annexe 3 - Infirmières et infirmiers pivots au Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	45
Annexe 4 - Gouverne régionale de lutte contre le cancer	47
Annexe 5 - Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer.....	53

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AIRC :	American Institute for Cancer Research
APVP :	Années potentielles de vies perdues
CCSR :	Centre de coordination des services régionaux du Programme de dépistage du cancer du sein
CDD :	Centre de dépistage désigné
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins dentistes et pharmaciens
CRID :	Centre de référence pour investigation désigné
CSSS Cléophas-Claveau :	Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau
CSSS de Chicoutimi :	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
CSSS de Jonquière :	Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est :	Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est
CSSS Domaine-du-Roy :	Centre de santé et de services sociaux Domaine-du-Roy
CSSS Maria-Chapdelaine :	Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CTC :	Comités des thérapies du cancer
DRMG :	Département régional de médecine générale
DLCC :	Direction de lutte contre le cancer
DSP :	Direction de la santé publique
FMRC :	Fonds mondial de recherche contre le cancer
FSSE :	Formation, soutien, supervision et évaluation
INCC :	Institut national du cancer au Canada
INSPQ :	Institut national de santé publique
IRSST :	Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MEQ :	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PEM :	Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité
PNSP :	Programme national de santé publique
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC :	Programme québécois de lutte contre le cancer
PSA :	Test sanguin effectué dans le dépistage du cancer de la prostate
RAMQ :	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RLS :	Réseau local de services
RUV :	Rayons ultraviolets
SI-PQDCS :	Système d'information du PQDCS
SLSJ :	Saguenay–Lac-Saint-Jean

INTRODUCTION

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

Ce document présente le programme régional de lutte contre le cancer élaboré en collaboration avec les partenaires du milieu. Le but visé par cette démarche est de poursuivre et consolider le réseau régional de services intégrés couvrant la promotion, la prévention et le dépistage et toute la trajectoire de services et de soins empruntés par les personnes atteintes de cancer ainsi que leurs proches, soit l'investigation, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins palliatifs. Le volet qualité est également couvert ainsi que la formation, la recherche et l'évaluation.

Le contenu du plan se présente comme suit. Au premier chapitre, une mise en contexte général vient tracer les grandes lignes du PQLC ainsi que les principales caractéristiques de notre population et de l'organisation du réseau en place. On y circonscrit également la problématique du cancer dans notre région. Le chapitre suivant fait état des points saillants de la lutte contre le cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le dernier chapitre constitue le cœur du plan avec l'énoncé des objectifs et des actions spécifiques autour desquels nous convions l'ensemble des acteurs œuvrant à la lutte contre le cancer à se mobiliser. Les actions identifiées sont regroupées en fonction des cinq axes d'intervention identifiés dans le cadre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer du MSSS. Ce chapitre contient également un tableau synthèse des priorités du plan d'action.

Bonne lecture.

1. MISE EN CONTEXTE

Malgré l'avancement des connaissances et des technologies médicales, le cancer est aujourd'hui responsable d'environ 30 % des décès dans la plupart des pays industrialisés. Beaucoup d'aspects de la vie quotidienne sont chambardés par un diagnostic de cancer et les inquiétudes qu'il suscite sont nombreuses, tant pour les personnes atteintes que leurs proches. Dans le but de réduire le fardeau dû à cette maladie et de mieux répondre aux besoins, le MSSS adoptait en 1997 le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Ce programme constitue le fondement de l'approche québécoise en matière de lutte contre le cancer. Sa stratégie se base sur trois grandes orientations :

- Une approche globale.
- Des soins et des services centrés sur la personne.
- La qualité comme premier guide de nos choix.

Le programme s'articule autour d'un continuum d'interventions centré sur la population et la personne atteinte, couvrant la prévention et la promotion de la santé, le dépistage, l'investigation, le traitement, le soutien et les soins de fin de vie. Les interventions de promotion, prévention et dépistage sont issues du Programme national de santé publique mis à jour en 2008 et traduites, régionalement et localement, dans un plan d'action régional et dans des plans d'actions locaux de santé publique. En ce qui concerne l'investigation, le traitement, le soutien et les soins de vie, plus spécifiquement l'organisation des services, le PQLC prévoit l'implantation, dans chacune des régions du Québec, d'un réseau intégré de services pour les personnes atteintes et leurs proches. Ce réseau s'appuie notamment sur la constitution d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins de la population, au sein même de leur communauté, dans la mesure du possible. Le PQLC recommande aussi d'instaurer des programmes régionaux de lutte contre le cancer et de mettre en place des structures participatives appelées comités régionaux de lutte contre le cancer, dont le mandat est de conseiller les agences régionales sur la mise en œuvre du programme.

Le présent plan d'action s'inscrit dans la foulée des activités inscrites dans les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer visant à poursuivre et à coordonner son déploiement dans toutes les régions du Québec.

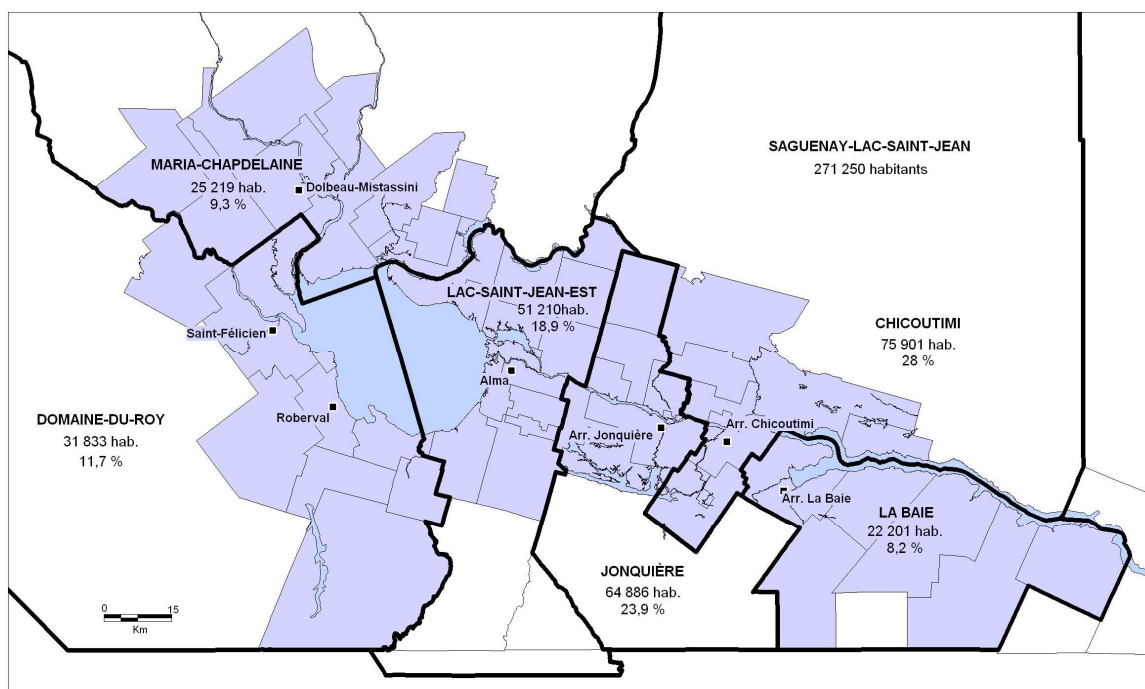
1.1 Le profil de la région et son organisation de services

La population et le territoire

Le Saguenay–Lac-Saint-Jean compte 271 250 habitants et s'étend sur 98 768 km². On y dénombre 51 localités, dont une communauté Innue (Mashteuiatsh), regroupées dans quatre municipalités régionales de comté (MRC), soit Maria-Chapdelaine, Domaine-du-Roy, Lac-Saint-Jean-Est et Fjord-du-Saguenay et dans un territoire équivalent (TE) constitué de la municipalité de Saguenay.

Au chapitre de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, la région compte six réseaux locaux de services (RLS).

Figure 1
Les réseaux locaux de services du Saguenay–Lac-Saint-Jean
et leur population, 2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010.

Le réseau

Au cœur de chacun des six réseaux locaux de services identifiés précédemment sur une carte se trouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion d'un centre hospitalier, d'un centre local de services communautaires et d'un centre d'hébergement de soins de longue durée. Ainsi, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le réseau de la santé et des services sociaux est composé de huit établissements publics, dont six CSSS, et un établissement privé conventionné regroupant 10 700 employés et doté d'un budget d'opération de plus de 700 millions de dollars.

Tableau 1
Établissements du réseau régional

RLS	Établissement	Installations
La Baie	CSSS Cléophas-Claveau	Hôpital de La Baie CLSC du Fjord (La Baie et Anse-Saint-Jean) Centre d'hébergement de Bagotville Centre d'hébergement Saint-Joseph
Chicoutimi	CSSS de Chicoutimi Centre d'hébergement Saint-François (CHSLD privé conventionné)	Hôpital de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi Pavillon Roland-Saucier Centre d'hébergement Beaumanoir Centre d'hébergement Delage Centre d'hébergement Mgr Victor-Tremblay
Jonquière	CSSS de Jonquière	Hôpital de Jonquière CLSC de Jonquière Centre d'hébergement Sainte-Marie Centre d'hébergement des Années d'Or Centre d'hébergement Georges-Hébert Centre d'hébergement Des Chênes
Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	Hôpital d'Alma CLSC Secteur-Centre CLSC Secteur-Nord CLSC Secteur-Sud Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix Centre d'hébergement Le Normandie Centre d'hébergement Isidore-Gauthier
Domaine-du-Roy	CSSS Domaine-du-Roy	Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval CLSC de Saint-Félicien CLSC de Roberval Centre d'hébergement de Saint-Félicien Centre d'hébergement de Lac-Bouchette
Maria-Chapdelaine	CSSS Maria-Chapdelaine	Hôpital de Dolbeau-Mistassini CLSC Les Jardins du Monastère CLSC et Centre d'hébergement de Normandin Centre d'hébergement Oasis
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE		
- Centre jeunesse - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean		

On trouve aussi sur le territoire quatre maisons de soins palliatifs. C'est grâce à la participation de tous ces établissements ainsi que des médecins, des professionnels, de la Direction de santé publique et de nombreux organismes sans but lucratif que la région est en mesure d'offrir un continuum de services en cancérologie à sa population.

Le CSSS de Chicoutimi est le centre hospitalier régional (voir l'annexe 1, description d'une équipe régionale). Ce dernier offre de façon distinctive, des services spécialisés qui ne sont pas disponibles

dans les autres CSSS de la région. Un service de radio-oncologie est aussi disponible au CSSS de Chicoutimi.

Le CSSS de Chicoutimi regroupe de nombreux acteurs clés œuvrant à la lutte contre le cancer dans la région. Ces derniers, de concert avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la région, agissent, comme leaders cliniques et participent activement à l'animation du réseau cancer au SLSJ.

Les effectifs médicaux dans la région

Omnipratique

On compte 288 médecins omnipraticiens au Saguenay–Lac-Saint-Jean répartis dans les six réseaux locaux de services : La Baie, Chicoutimi, Jonquière, Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine. On estime à 235,9 médecins équivalents temps plein (ETP) les activités cliniques réalisées auprès des patients, alors que 52,07 ETP réalisent un travail dit « non clinique » (Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), travail administratif, médecine industrielle, etc.). Le besoin régional est de 324 ETP cliniques.

Spécialités

Le Saguenay–Lac-Saint-Jean compte 232 médecins spécialistes répartis dans cinq centres de santé et de services sociaux (Chicoutimi, Jonquière, Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine). Il s'agit de 232 spécialistes au nom desquels un avis de conformité au *Plan régional d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité 2011* a été émis et qui sont soit en place ou en voie de s'installer.

Le PEM 2011 en spécialités du Saguenay–Lac-Saint-Jean précise le nombre de médecins spécialistes que les centres de santé et de services sociaux pourront recruter entre le 1^{er} décembre 2010 et le 30 novembre 2011. Le PEM 2011 autorise la présence de 274 spécialistes. Avec 232 médecins spécialistes ayant un avis de conformité dans la région, 42 postes peuvent donc être comblés (voir l'annexe 2 pour la liste des effectifs médicaux dans la région).

La contribution des organismes communautaires

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

1.2 Le cancer au Saguenay–Lac-St-Jean

Le cancer est reconnu comme un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de sa sévérité et des coûts qu'il entraîne (FMRC, 2007; MSSS, 2007). Chaque année, cette maladie est responsable d'un nombre très important d'hospitalisations, de décès et d'années potentielles de vie perdues.

Le cancer est la première cause de mortalité au Saguenay–Lac-Saint-Jean comme au Québec. À elle seule, cette maladie est responsable de plus de 35 % des décès observés annuellement dans la région. Pour la période la plus récente étudiée (2002-2006), on enregistre 1 564 nouveaux cas de cancers et 726 décès causés par cette maladie, en moyenne chaque année, au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ainsi, chaque jour dans la région, plus de 4 personnes reçoivent un diagnostic de cancer, 5 personnes sont hospitalisées des suites de cette maladie et 2 personnes en meurent. La région se démarque du Québec par des taux ajustés (selon l'âge) d'incidence et de mortalité significativement plus élevés pour l'ensemble des tumeurs ainsi que pour certains cancers, et ce, depuis au moins une vingtaine d'années. Au regard de ces résultats, il n'est pas étonnant de constater que le cancer soit une aussi importante cause d'hospitalisation. Entre 2006 et 2008, 7 % des admissions dans les centres hospitaliers de la région y sont associées, en excluant les hospitalisations liées aux troubles mentaux, à la grossesse et à l'accouchement.

Incidence et mortalité selon le sexe et l'âge

Dans l'ensemble, le cancer touche davantage les hommes que les femmes. Comparativement aux femmes, les hommes ont 30 % plus de risque d'en être atteints et 52 % plus de risque d'en mourir. D'ailleurs, dans la région, 52 % des nouveaux cas et 54 % des décès sont constatés chez des hommes. De plus, l'incidence et la mortalité augmentent de façon importante avec l'âge. Dans l'ensemble, on recense peu de nouveaux cas et peu de décès chez les personnes de moins de 45 ans (7 % des nouveaux cas et 3 % des décès), alors que 57 % des nouveaux cas et 70 % des décès surviennent chez des personnes de 65 ans et plus.

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont le cancer du poumon¹ (22 % du total, 178 nouveaux cas/an), le cancer de la prostate (18 % du total, 148 nouveaux cas/an) et celui colorectal (15 % du total, 125 cas/an) (tableau 2).

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus diagnostiqué (31 % du total, 236 nouveaux cas/an), suivi du cancer du poumon (14 % du total, 105 cas/an) et du cancer colorectal (13 % du total, 95 cas/an). À l'exception du cancer de la prostate chez l'homme et de celui du poumon chez la femme, les taux d'incidence sont significativement plus élevés au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'au Québec pour tous ces sites de cancer.

Tableau 2
Incidence pour certains cancers, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2002-2006

	Nombre/ an	%	Taux ajusté/ 100 000	Écart p/r taux Qc
Hommes				
Ensemble des tumeurs	807	100 %	614,7	(+)
Poumon	178	22 %	139,5	(+)
Prostate	148	18 %	113,4	n.s.
Côlon et rectum	125	15 %	93,8	(+)
Femmes				
Ensemble des tumeurs	756	100 %	474,3	(+)
Sein	236	31 %	149,7	(+)
Poumon	105	14 %	64,8	n.s.
Côlon et rectum	95	13 %	57,9	(+)

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, *Fichier des tumeurs du Québec*.

1. Le cancer du poumon comprend l'ensemble des tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon.

Il est à noter que le territoire de Jonquière est celui qui enregistre le plus de différences significatives pour les cancers les plus fréquents dans la région. Les taux d'incidence des cancers du poumon, du sein et du côlon et rectum y sont significativement plus élevés que dans le reste de la province. Cela dit, le taux d'incidence du cancer colorectal est significativement plus élevé qu'au Québec dans les territoires de La Baie, Chicoutimi, Jonquière et Domaine-du-Roy (tableau 3).

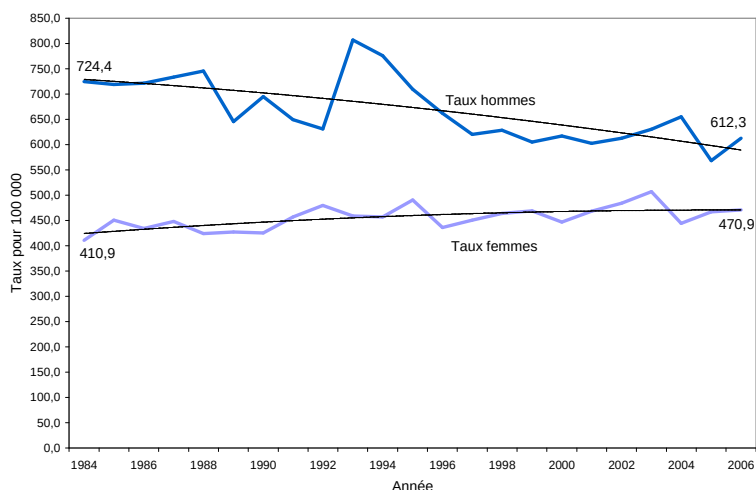
Tableau 3
Répartition des principaux sites de cancer dont le taux ajusté est significativement plus élevé qu'au Québec, selon le territoire de RLS, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2002-2006

Sites de cancer	Territoires de RLS					
	La Baie	Chicoutimi	Jonquière	Lac-Saint-Jean-Est	Domaine-du-Roy	Maria-Chap.
Ensemble des tumeurs		(+)	(+)		(+)	
Poumon			(+)		(+)	
Côlon et rectum	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
Sein (femme)		(+)	(+)	(+)		
Prostate					(-)	

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, *Fichiers des tumeurs du Québec*.

Depuis plus de vingt ans, on constate une diminution du taux ajusté d'incidence pour l'ensemble des cancers chez les hommes de la région. Ce taux continue néanmoins d'augmenter chez les femmes (figure 2).

Figure 2
Évolution du taux ajusté d'incidence du cancer selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1984-2006



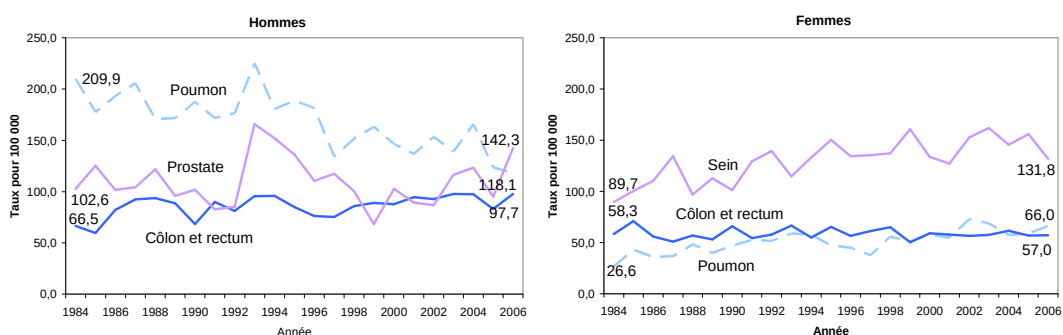
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, *Fichier des tumeurs du Québec*.

Cette baisse observée chez l'homme s'explique en grande partie par la chute de l'incidence du cancer du poumon depuis le milieu des années 1980, en raison du déclin de l'usage du tabac depuis les années 1960. Inversement, chez la femme, chez qui l'usage du tabac n'a commencé à diminuer qu'au milieu des années 1980, le taux d'incidence du cancer du poumon est en lente, mais constante progression (figure 3).

Le taux d'incidence du cancer du sein continue également de progresser chez ces dernières. Par contre, la mortalité due à ce type de cancer est en baisse depuis le début des années 1990. Cette diminution est vraisemblablement liée à l'amélioration des traitements et au diagnostic plus précoce apporté par les programmes standardisés de dépistage. Une évolution semblable est observée chez les hommes avec le cancer de la prostate. En effet, l'incidence pour ce type de cancer est en légère augmentation. Or, depuis 1994, le taux de mortalité de ce site de cancer décroît de façon constante.

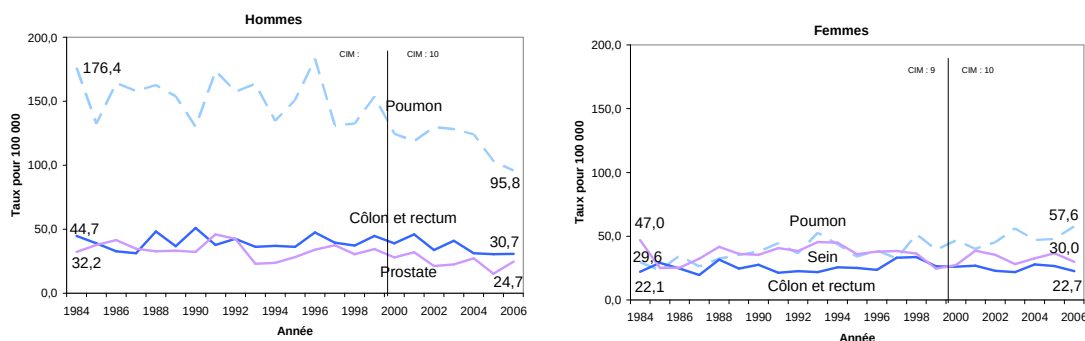
Le cancer colorectal touche les hommes de la région légèrement plus que les femmes. Alors que le taux d'incidence continue d'augmenter chez ceux-ci, il demeure stable chez les femmes. Le taux de mortalité dû à ce type de cancer est toutefois en légère diminution, depuis quelques années, chez les hommes de la région. Chez les femmes, ce taux demeure assez stable.

Figure 3
Évolution du taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer, selon le sexe et le site, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1984-2006



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, *Fichier des tumeurs du Québec*.

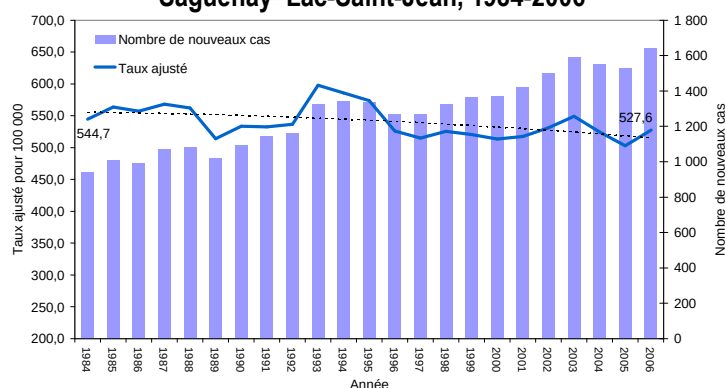
Figure 4
Évolution du taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer, selon le sexe et le site, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1984-2006



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, *Fichier des décès du Québec*.

Dans l'ensemble, alors que le taux d'incidence (ajusté selon l'âge) pour l'ensemble des cancers, sexes réunis, tend à diminuer dans la région, le nombre de nouveaux cas continu d'augmenter (figure 5), une augmentation attribuable au vieillissement de la population régionale. On peut donc s'attendre à ce que le nombre de nouveaux cas de cancer poursuive sa progression, la proportion de personnes âgées se faisant grandissante dans la région.

Figure 5
Évolution de l'incidence du cancer, sexes réunis,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1984-2006



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, *Fichier des tumeurs du Québec*.

Cependant, il faut souligner que cet accroissement annuel du nombre de nouveaux cas (3 %) est plus important que celui du nombre de décès (2 %), ce qui permet de penser que la prévalence de la maladie, tout comme les coûts qui y sont associés, augmenteront au cours des prochaines années.

Le dépistage du cancer

Le dépistage est un outil important de lutte contre le cancer. En effet, les diagnostics précoces qui en découlent permettent d'agir sur la mortalité due à cette maladie. Si de plus en plus de données scientifiques tendent à confirmer son utilité pour le cancer du col utérin et le cancer colorectal, ses impacts positifs sur la mortalité par cancer sont surtout démontrés pour le cancer du sein.

À cet égard, l'INSPQ soutient qu'au Québec, la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) « semble associée à une réduction de la mortalité par cancer du sein. Parmi les participantes au dépistage, cette réduction pourrait atteindre de 35 % à 41 %. Parmi les femmes admissibles au dépistage (participantes et non participantes), la réduction se situerait autour de 7 % à 11 %. Pour l'ensemble des femmes du groupe d'âge ciblé par le PQDCS, la réduction de mortalité pourrait atteindre environ 3 % » (2009 : 1).

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est jusqu'à maintenant le plus grand programme de dépistage organisé de cancer au Québec. Il vise un dépistage systématique chez toutes les Québécoises âgées de 50 à 69 ans. De 2002 à 2008, le nombre de femmes admissibles au PQDCS, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, a augmenté en moyenne de 2,7 % par année. Le taux de participation a également augmenté depuis l'implantation du programme dans la région. Il est passé de 55,1 % pour la période 2002-2003 à 67,3 % pour celle de 2008-2009. Le taux de participation au PQDCS a d'ailleurs toujours été plus élevé dans la région qu'au Québec.

Entre 2002 et 2006, 13 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été enregistrés, en moyenne, chaque année, au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le test de PAP permet d'identifier les cellules précancéreuses pouvant conduire à l'apparition du cancer du col de l'utérus. Contrairement au cancer du sein, le dépistage pour ce type de cancer n'est pas systématique. En 2005, 44 100 femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP au cours d'une période de moins de trois ans, une proportion (47,3 %) significativement moins élevée que dans le reste du Québec (70,9 %).

Le cancer de la prostate est le deuxième cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes et se classe au troisième rang des cancers causant le plus de décès chez ces derniers. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 148 nouveaux cas et 25 décès y étant associés ont été recensés en moyenne, chaque année, entre 2002 et 2006. La recherche n'a pas encore démontré clairement que les tests de dépistage du cancer de la prostate comportent plus d'avantages que d'inconvénients. Le test à l'aide de l'antigène prostatique spécifique (APS) généralement utilisé, en plus d'engendrer une proportion importante de faux positifs, est responsable d'un certain nombre d'effets secondaires. En outre, plusieurs études tendent à démontrer que le dépistage du cancer de la prostate ne réduit pas significativement la mortalité attribuée à la maladie (Andriole et al, 2009). Aucun programme de dépistage systématique pour ce type de cancer n'a à ce jour été mis en place au Québec.

Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer dans la région comme au Québec. Pour la période 2002-2006, 220 nouveaux cas et 82 décès y étant attribués ont été enregistrés, chaque année, dans la région. Le taux d'incidence de ce type de cancer est d'ailleurs significativement plus élevé que dans le reste de la province. L'histoire naturelle du cancer colorectal ainsi que la probabilité élevée d'en guérir lorsqu'il est diagnostiqué et traité à un stade suffisamment précoce en font une cible de dépistage pertinente (INSPQ, 2008). Bien qu'aucun programme de dépistage systématique ne soit instauré au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé, à l'automne 2010, un projet-pilote afin de tester la possibilité de mettre en place un tel programme à la grandeur de la province.

Les déterminants du cancer

La littérature scientifique est abondante pour démontrer une association entre le développement du cancer et certains facteurs de risque (AICR, 2007; Blais, Côté et Pineau, 2009). L'importance de ces déterminants dans la genèse de la maladie est telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux estime « qu'au moins 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie et par la mise en œuvre de politiques de santé publique »². Cela dit, tous ces déterminants et facteurs identifiés par la littérature n'ont pas le même impact sur les probabilités de développer la maladie ou d'en mourir.

Le tabagisme

Avec l'alimentation et l'excès de poids, le tabagisme est le premier facteur de risque associé au cancer. Il est lié à plusieurs types de cancers (larynx, cavité buccale, vessie, rein, œsophage et pancréas), dont principalement celui du poumon. Le Surgeon General (2008) estime qu'il est lié à 85 % de tous les cas de cancer du poumon (soit environ 240 cas par année dans la région), alors que la Société canadienne du cancer soutient qu'il « est responsable de 28 % des années potentielles de vie perdues en raison du cancer »³ et de 30 % des décès y étant associés.

2. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?aid=41, dernière consultation le 15 juin 2010.

3. http://www.cancer.ca/ontario/prevention/quit%20smoking/od-ontario%20tobacco%20stats.aspx?sc_lang=fr-CA, dernière consultation le 17 juin 2010.

Historiquement, la pratique du tabagisme a toujours été plus élevée au Saguenay–Lac-Saint-Jean que dans l'ensemble de la province et du Canada. Entre 1985 et 2000, on estime que la proportion des fumeurs dans la population de la région était de 2 à 5 % plus élevée que celle du Québec et de 6 à 10 % que celle du Canada. Après avoir atteint des sommets supérieurs à 50 % vers 1965, le tabagisme a diminué rapidement depuis les dernières décennies.

La proportion de fumeurs dans la population adulte est passée de 48 % (1980) à 30 % (2000) et à 24 % (2007). Concrètement, cette baisse se traduit par une diminution, entre 2000 et 2007, d'environ 13 000 fumeurs dans la région.

Chez les jeunes étudiants du secondaire, la consommation de tabac a également fortement diminué. La proportion de fumeurs réguliers et occasionnels est passée progressivement de 40 % en 1997 à 14 % en 2008. Par contre, 20 % des jeunes de la région fument maintenant le cigarillo, qui est devenu plus populaire récemment. Ils sont cependant plus nombreux à le faire de façon occasionnelle (17 %) que régulière (3 %).

Conséquence de la diminution du tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire diminue elle aussi. En 2007, une majorité d'adultes (72 %) de la région ne sont pas exposés à la fumée secondaire au domicile.

Malgré ces progrès, il faudra quelques années avant que la réduction du tabagisme se traduise par une réelle baisse des taux de cancer dans la région. En effet, une période de latence estimée à 20-30 ans sépare l'exposition au tabac de l'apparition de la maladie (Makomaski et Kaiserman, 2004).

Alimentation, poids corporel et activité physique

On connaît bien les effets protecteurs de certains aliments par rapport au développement du cancer. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un adulte sur sept (14 %) considère que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à porter un tel jugement (17 % contre 11 %). Par ailleurs, la moitié (51 %) de la population adulte consomme moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Un écart entre les deux sexes est également observé à ce sujet. En effet, une consommation insuffisante est nettement plus fréquente chez les hommes (64 %) que chez les femmes (39 %), et ce, peu importe l'âge. Ce comportement tend aussi à être plus fréquent à mesure que les niveaux de revenu et de scolarité diminuent.

L'excès de poids a un impact important sur l'incidence de certaines maladies chroniques et « les études scientifiques démontrent de manière convaincante que l'embonpoint et l'obésité sont une cause de cancer de l'œsophage, de l'endomètre, du pancréas, du rein, du sein et colorectal » (Blais, Côté et Pineau, 2009, p.28). Selon la littérature, tout porte à croire que le maintien d'un poids corporel optimal serait l'un des principaux facteurs de protection contre le cancer (FMRC, 2007).

Entre 2000 et 2007, la proportion des personnes de dix-huit ans et plus touchée par un excès de poids connaît une progression importante au Saguenay–Lac-Saint-Jean. La proportion de personnes obèses passe de 10 à 14 %. Cette hausse s'observe autant chez les femmes (de 9 à 13 %) que chez les hommes (de 11 à 15 %) et touche tous les groupes d'âge. Par contre, la prévalence de l'embonpoint n'augmente que légèrement (de 35 à 36 %). Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes par l'embonpoint avec des proportions respectives de 46 et 27 %.

En plus d'être bénéfique dans le maintien d'un poids santé optimal, « l'activité physique, quelle qu'elle soit, a un effet protecteur pour certains cancers – ceux du côlon, du sein et de l'endomètre » (Blais, Côté et Pineau, 2009). Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, près du tiers de la population adulte

(31 %), soit environ 68 150 personnes, est considérée comme sédentaire parce que pratiquant des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine. Le pourcentage de personnes sédentaires ne varie pas selon le sexe et se situe au même niveau qu'en 2000.

Consommation d'alcool

Selon l'INSPQ, « la consommation d'alcool est associée à plusieurs cancers. Il n'y a pas de seuil sans risque. Le risque est présent même avec une consommation faible et il augmente avec la quantité d'alcool consommée. Le risque est particulièrement important pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du sein et du foie. L'association est moins forte pour le cancer colorectal, mais suffisante pour que le Centre international de recherche sur le cancer déclare, en 2007, que l'alcool est un carcinogène pour le cancer colorectal » (INSPQ, 2010).

Depuis 2000, la proportion d'adultes consommant généralement quatorze verres d'alcool ou plus durant une semaine semble stable au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Elle se situe autour de 3 % de la population adulte. En 2007, la fréquence de ce comportement est environ douze fois plus élevée chez les hommes (5,9 %) que chez les femmes (0,4 %).

Statut socioéconomique

Il est largement admis que les facteurs économiques et sociaux influencent de façon déterminante la santé des groupes et individus et de nombreuses études démontrent que les inégalités socioéconomiques correspondent bien souvent à des inégalités en matière de santé. Le cancer ne fait pas exception à cette règle, bien au contraire. Bien que l'importance de ce phénomène varie en fonction du type de cancer, la littérature sur le sujet démontre que les risques de mourir sont plus élevés chez les personnes défavorisées (sous-scolarisation, problèmes d'emploi et de revenu, etc.) (Kogevinas et al, 1997). C'est particulièrement vrai, au Québec, pour le cancer du poumon et de l'estomac (hommes et femmes), le cancer du côlon et rectum chez l'homme et le cancer du col de l'utérus chez la femme (Dupont, Pampalon et Hamel, 2005).

Évidemment, cette variable est difficile à isoler puisqu'elle va souvent de pair avec d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité ou la mauvaise alimentation; facteurs qui sont fortement influencés par le contexte de vie des individus (revenu, éducation, contexte culturel, social et de travail, etc.). Par conséquent, les personnes défavorisées auraient davantage tendance à cumuler ces habitudes de vie en raison d'un contexte de vie difficile. En d'autres mots, on pourrait dire que les conditions socioéconomiques agissent bien souvent à titre de « causes des causes ».

Selon le recensement canadien de 2006, dans la région comme au Québec, 17 % des adultes de 25 à 64 ans sont faiblement scolarisés, ne détenant aucun diplôme, certificat ou grade. La sous-scolarisation est de même ampleur chez les deux sexes, mais augmente fortement avec l'âge. Pour la semaine ayant précédé le jour du recensement de 2006, la région enregistrait un taux de chômage de 11,6 %, plus élevé que le taux québécois de 7 %. En 2007, selon l'ISQ, le revenu personnel disponible par habitant est de 29 667 \$ dans la région, comparativement à 32 537 \$ au Québec. Les données des programmes d'assistance sociale du Québec constituent une autre source d'information sur la défavorisation économique. En 2009, 7,7 % des adultes de 18 à 64 ans de la région sont prestataires de ces programmes. Les données indiquent de plus que 5,5 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille dont le revenu provient des programmes d'assistance sociale.

Agents environnementaux

Bien que l'estimation de l'exposition des individus à des agents cancérigènes soit difficile et que cette exposition individuelle n'entraîne pas systématiquement un cancer, les risques de développer un cancer suite à une exposition continue ou prolongée à de nombreuses substances réputées pour leur cancérigénicité sont incontestables.

L'Institut national du cancer aux États-Unis estime que plus des deux tiers des cas de cancer dans une population seraient causés par des agents environnementaux (composés organochlorés, composés organiques volatils, particules cristallines, radiations, métaux lourds et autres agents non identifiés)⁴. Seules quelques situations bien surveillées sont ici exposées.

L'exposition au radon, un gaz radioactif d'origine naturelle pouvant s'infiltrer et s'accumuler dans les habitations, est, avec le tabagisme, une des premières causes de cancer du poumon. Selon l'INSPQ (2005), environ 10 % des mortalités par cancer pulmonaire au Québec sont associés au radon (soit, potentiellement, environ 17 par années dans la région). Selon les connaissances actuelles, la géologie de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ne représenterait pas une zone plus à risque. Les concentrations moyennes de radon dans le soubassement des maisons de la région rejoignent donc les moyennes d'exposition résidentielle au Québec et aux États-Unis. Toutefois, dans 5 % des logements, représentant un nombre d'environ 4 000, il est possible de mesurer une concentration plus élevée que la ligne directrice de 200 becquerels par mètre cube d'air (Bq/m³).

Le rôle des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) dans le développement du cancer du poumon et de la vessie est bien documenté. Certaines études se sont d'ailleurs intéressées aux effets de l'exposition à cette substance chez des cohortes de travailleurs de l'aluminium de la région (Armstrong et al., 1994; Lavoué et al., 2007). En effet, bien que certains HAP puissent être de source naturelle, certains procédés industriels tels l'électrolyse de l'aluminium produisent de grandes quantités d'HAP. Les chercheurs de l'Université McGill ont démontré que les HAP étaient une cause probable de cancer de la vessie et du poumon et ont souligné l'importance des taux de ces types de cancer chez les travailleurs de l'aluminium du Saguenay–Lac-Saint-Jean exposés dans le passé à de fortes concentrations d'HAP.

Deux principales tumeurs peuvent être attribuées à l'exposition à l'amiante : le mésothéliome de la plèvre et du péritoine, et le cancer du poumon. « Les cas de mésothéliome et de cancer du poumon dont l'origine est professionnelle ne représentent respectivement que 22 et 0,3 % des cas enregistrés au Fichier des tumeurs du Québec. Or, la littérature médicale montre que l'on retrouve une exposition à l'amiante dans 70 à 90 % des cas de mésothéliome chez les hommes. La littérature montre également que le pourcentage de cas de cancer du poumon attribuable à l'exposition à l'amiante chez les hommes varie entre 0,5 et 15 % selon la prévalence de l'exposition dans les populations étudiées » (INSPQ, 2003).

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la mauvaise qualité de l'air, qu'il soit intérieur ou extérieur, a une incidence importante sur les risques de développer un cancer du poumon⁵. La pollution atmosphérique, dont les principales sources sont les rejets industriels, la circulation routière et les feux de forêt, en plus d'aggraver les maladies pulmonaires et cardiaques existantes, contribue à augmenter le nombre de décès attribués à ces maladies. En 2007, selon une enquête réalisée dans la région, environ 4 % des adultes ont affirmé connaître des problèmes de qualité de l'air à l'intérieur du domicile au cours des cinq dernières années.

4. <http://deainfo.nci.nih.gov/advisory/pcp/pcp.htm>

5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/fr/index.html>

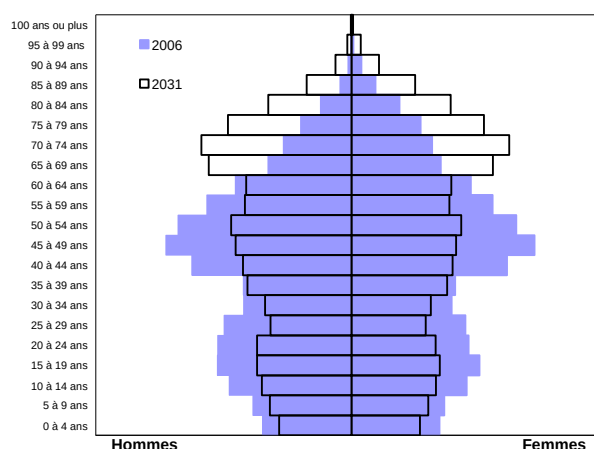
Ces problèmes peuvent inclure, entre autres, l'exposition à la fumée du chauffage au bois ou aux composés organovolatils émis par certains produits d'entretien et certains matériaux de construction, des substances reconnues comme cancérigènes.

Une exposition excessive aux rayons ultraviolets, qu'ils soient de source naturelle (soleil) ou artificielle (lampes de bronzage), peut entraîner un mélanome ou cancer de la peau. Le nombre de cas de mélanome (cancer de la peau) dans la région est en augmentation depuis les années 1990. Entre 2002 et 2006, 16 nouveaux cas ont été enregistrés, en moyenne, chaque année, au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce nombre doit en réalité être plus élevé. En effet, l'exhaustivité du dénombrement des cas de cancer de la peau est estimée par l'INSPQ (2003) à 64,5 %.

Perspectives et enjeux

La population du Saguenay–Lac-Saint-Jean se fait vieillissante. Sa structure par âge, depuis plus de vingt ans, a subi d'importantes transformations. Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années (figure 6). On pourrait, en effet, observer une augmentation importante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au cours des vingt prochaines années. De 46 076 en 2010, leur nombre passera à 90 126 en 2031, une augmentation de près de 96 %. Les 65 ans et plus représenteront alors près du tiers (33 %) de la population. Cette transformation de la structure par âge de la population régionale est un enjeu de taille en matière de santé, tout spécialement en ce qui concerne l'augmentation du nombre de diagnostics des maladies associées au vieillissement tel le cancer. Le vieillissement de la population régionale a déjà eu un impact sur l'incidence du cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Chose certaine, on peut s'attendre à ce que ce phénomène engendre une hausse de la prévalence du cancer au Saguenay–Lac-Saint-Jean, et des coûts qui y sont associés.

Figure 6
Pyramide des âges du Saguenay–Lac-Saint-Jean
au 1er juillet 2006 et 2031



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010.

Les coûts associés au cancer sont multiples et souvent difficiles à mesurer. Cause majeure d'hospitalisation et de décès, le cancer frappe toutes les couches et les secteurs de la société, engendrant d'importants coûts économiques et sociaux (Boucher et Beauregard, 2008). Il va sans dire, les personnes affectées par le cancer nécessitent davantage de services de santé et peuvent

voir leurs capacités réduites de façon plus ou moins permanente. En outre, l'expérience de cette grave maladie chronique peut également engendrer de profonds bouleversements psychosociaux chez les personnes atteintes et leurs familles (Dumont, 1996).

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) permet de comparer, pour diverses causes de décès ou différents territoires, l'impact de la mortalité prématurée, soit celle survenant avant 75 ans. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour la période 2002-2006, on estime le nombre annuel d'APVP dû au cancer à 26 973 années, ce qui le place loin devant les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes non intentionnels et les maladies de l'appareil respiratoire. Le taux brut d'APVP attribué au cancer (1 033 pour 10 000) est significativement plus élevé au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'au Québec (904 pour 10 000).

Malgré une amélioration notoire, au cours des dernières années, de notre compréhension de la maladie et des avancées en matière de dépistage et de traitement, le cancer demeure un problème majeur de santé publique. Rien ne laisse présager que cette situation pourrait changer dans un avenir rapproché, bien au contraire. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le nombre de nouveaux cas de cancers ne cesse d'augmenter chaque année (une croissance annuelle moyenne de 3 % de 1984 à 2006) et le vieillissement de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean porte à croire que cet accroissement risque de se poursuivre dans les années à venir, le cancer touchant davantage les personnes âgées que les jeunes. Cela dit, de plus en plus de personnes survivent au cancer.

Définitivement, la prévention représente, à plus long terme, le plus grand potentiel de lutte contre le cancer (FMRC, 2007; MSSS, 2007). Elle permet d'agir sur les causes évitables et déterminantes telles que le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'obésité et la sédentarité ainsi que certains agents environnementaux. C'est pourquoi il est capital de maintenir les activités de surveillance afin de mieux comprendre cette maladie chronique et d'ainsi améliorer nos interventions de prévention et de promotion tout comme la planification des soins et services de santé y étant associés.

2. POINTS SAILLANTS DE LA SITUATION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

2.1 Le continuum de soins et services : de la prévention aux soins palliatifs

2.1.1 Volet promotion-prévention

En agissant sur les causes évitables du cancer, mais aussi en favorisant les processus d'adaptation et de guérison chez les personnes qui en sont atteintes, les interventions de promotion de la santé et du bien-être et de prévention du cancer sont reconnues comme des actions incontournables en matière de lutte contre le cancer. De nombreuses interventions de promotion et de prévention sont déployées chaque année par les équipes de santé publique régionale et locales en collaboration étroite avec des organismes communautaires et des partenaires de l'intersectoriel. Les lignes suivantes dressent les faits saillants des actions réalisées dans les dernières années à partir de grands champs d'intervention associés à la lutte contre le cancer.

La lutte contre le tabac

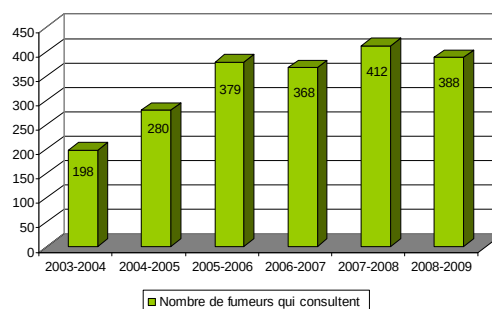
Interventions en milieu scolaire

L'interdiction de fumer mise en place à la grandeur des terrains des écoles primaires et secondaires est la mesure qui a eu le plus grand effet sur la diminution du taux de tabagisme chez les jeunes. Plusieurs actions éducatives ont été mises en œuvre comme La gang allumée pour une vie sans fumée, la tournée du spectacle théâtre rock In Vivo, la campagne de dénormalisation De Facto et l'intervention théâtrale Commando oxygène afin de sensibiliser particulièrement les jeunes aux stratégies développées par les compagnies de tabac pour assurer le renouvellement de leur clientèle.

Services d'aide à l'arrêt tabagique

Chaque année, c'est près de 400 fumeurs qui décident de faire appel au CAT (voir graphique 1). Des formations pour une intervention minimale (moins de 3 minutes) ou brève (entre 3 et 10 minutes) en cessation tabagique sont dispensées chaque année à des centaines de professionnels de la santé afin qu'ils effectuent une pratique clinique préventive (PCP) auprès de tous leurs clients fumeurs.

Figure 7
Nombre de fumeurs qui consultent une conseillère dans un CAT de la région par année financière



Campagnes sociétales en matière de prévention et d'abandon du tabagisme

Le Défi *J'arrête, j'y gagne!* et la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac font partie des campagnes pour lesquelles une promotion importante se fait avec les infirmières scolaires et les conseillères des centres d'abandon du tabagisme.

La prévention des problèmes reliés au poids

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de nombreuses actions ont été menées dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Ce plan contient 75 actions visant des changements au niveau de l'alimentation et de l'activité physique principalement des enfants et de leur famille, mais dont les bénéfices s'étendent à toute la population. Certaines activités portent sur des changements individuels, mais la plupart d'entre elles misent sur la création d'environnements favorables comme la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* qui a amené, dans une première phase, toutes les écoles à revoir leur offre alimentaire pour une saine alimentation tout en éliminant la malbouffe. D'autres actions ont également contribué à améliorer les habitudes des jeunes telles que le *Défi Pelure de bananes.com*, *Concours École active*, *Mon école à pied et à vélo*, *Ma cour : un monde de plaisir*..

Les établissements de santé et des services sociaux de la région ont de plus amorcé des travaux afin de modifier leur offre alimentaire à partir du *Cadre de référence pour une saine alimentation dans les établissements de santé et des services sociaux*.

Services d'aide pour une saine alimentation

Le programme *Choisir de maigrir* a été implanté dans trois réseaux locaux de services (RLS), soit celui de Chicoutimi, Jonquière et La Baie. Ce programme s'adresse aux femmes qui présentent une préoccupation excessive à l'égard de leur poids.

Campagnes sociétales en matière de saine alimentation et de mode de vie physiquement actif

Le *Défi santé 5/30 équilibre !*, le *Défi Moi, j'croque*, le *Mois de l'activité physique et du sport étudiant*, le *Mois international Marchons vers l'école*, la campagne *Plaisirs d'hiver*, la *Journée nationale du sport et de l'activité physique* et le *Grand défi Pierre Lavoie* ont contribué grandement au cours des dernières années à la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population.

Des actions globales et concertées en matière de saines habitudes de vie

Deux programmes intégrant la prévention du tabagisme et la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique ont été développés et implantés dans chacun des territoires de la région. Il s'agit de *Iso-actif*, un programme de certification et de soutien où les actions des écoles primaires et secondaires réalisées auprès des jeunes sont reconnues et valorisées et de *0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION*, offert par chaque CSSS, qui vise à changer les habitudes de vie des adultes notamment en milieu de travail.

La lutte à l'insécurité alimentaire

De nombreux projets locaux ont été supportés par l'Agence et mis en œuvre grâce à la collaboration des tables locales en sécurité alimentaire. Ainsi, des projets de cuisines collectives ont été animés et des comptoirs alimentaires ont permis de fournir des denrées aux plus démunis tout en leur fournissant un accompagnement pour d'autres difficultés vécues.

L'immunisation pour prévenir certains cancers

Un nouveau programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) pour les filles en 4^e année du primaire et en 3^e secondaire a été implanté à partir de 2008 et vient s'ajouter à celui contre l'hépatite B mis en place depuis 1994. Le vaccin contre le VPH utilisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux contient les génotypes 6 et 11 responsables de 90 % des condylomes et les génotypes 16 et 18 responsables de 70 % des cancers du col utérin. Les objectifs de couverture vaccinale pour ces deux vaccins, VPH et hépatite B, dépassent largement dans la région la cible ministérielle de 90 %. Si ces taux sont maintenus, des impacts importants sur la réduction de l'incidence de ces infections, de même que des cancers du foie et du col de l'utérus qui y sont liés, devraient se faire sentir au cours des prochaines années.

La réduction des risques en milieu de travail

Dépistage de l'amiantose, le cancer du poumon et le mésothéliome

En 2008, c'est 179 travailleurs qui ont été déclarés exposés à l'amiante dans la région. Ils travaillaient dans le secteur des mines, des bâtiments et travaux publics ainsi que dans des milieux de transformation utilisant du chrysotile. Parmi ces travailleurs, 142 ont accepté de participer aux sessions d'information et de passer une radiographie pulmonaire de dépistage.

Programme de santé spécifique à un établissement (PSSE)

Le service de santé au travail de l'Agence évalue environ 225 PSSE annuellement. Ceux-ci sont élaborés par les équipes de santé au travail des CSSS pour identifier, former et informer les travailleurs sur les risques professionnels dans leur entreprise. Ces programmes visent plus spécifiquement à améliorer la sécurité en diminuant l'incidence, la prévalence et les séquelles des accidents de travail.

Retrait préventif

La Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoit un mécanisme de réaffectation ou un retrait préventif pour les femmes enceintes à des risques retenus au niveau chimique, physique, biologique et ergonomique. Environ 1 600 dossiers sont traités annuellement dans la région.

La réduction des risques environnementaux

Eau potable

De concert avec les partenaires municipaux et le Ministère du Développement Durable, de l'Environnement et des Parcs, un suivi et une attention particulière sont accordés aux cancérogènes susceptibles de se retrouver dans les nappes d'eau souterraines et qui pourraient contaminer l'eau potable des réseaux municipaux (métaux cancérogènes, hydrocarbures, organochlorés, sous-produits de la chloration, produits issus d'activités industrielles et agricoles, etc.).

Projets industriels

Le territoire régional est fréquemment concerné par le développement de grandes industries soumises aux évaluations des impacts. Le service de santé environnementale accorde une priorité aux cancérogènes émis potentiellement par les activités de ces entreprises afin d'en limiter les effets sur la santé humaine.

Radon domiciliaire

L'élimination à la source de l'infiltration du radon dans les soubassements est une approche valable pour voir diminuer le nombre de décès par cancer du poumon. Un état de situation au Saguenay–Lac-Saint-Jean a été produit en 2007 et mis à jour en 2008 par le Service de santé environnementale. Une formation sur cette problématique a été donnée aux infirmiers, aux techniciens et aux médecins.

Protection contre les ultraviolets (UV)

Des recommandations sont formulées par le service de santé environnementale de l'Agence afin d'informer et de sensibiliser les plus vulnérables quant aux risques cancérigènes engendrés par l'exposition aux UV. Par exemple, des activités visant les 0-18 ans peuvent être organisées pendant la période estivale avec les partenaires intersectoriels identifiés (municipaux, organisations à but non lucratif, etc.) pour informer ce public sur les moyens de protection adéquats contre les rayons UV.

Les établissements de santé et le développement durable

Depuis 2008, dans le cadre d'une démarche proactive et concertée soutenue par l'Agence de la santé et des services sociaux, les huit établissements de la région ont pris le virage du développement durable. Chacun d'entre eux a mis sur pied un comité local et entrepris des actions dans un créneau distinct. Une table régionale regroupant des représentants de ces comités locaux et de l'Agence est aussi active et a élaboré une déclaration de principes de développement durable. Un colloque régional est prévu aux deux ans et un site web, des outils et un service de veille informationnelle sont aussi disponibles.

2.1.2 Volet dépistage

Le dépistage est un outil important de lutte contre le cancer. Jusqu'à maintenant, seul le cancer du sein bénéficie d'un dépistage systématique de masse. Or, depuis peu, des projets de démonstration en vue d'évaluer la faisabilité d'un tel dépistage pour le cancer colorectal sont en cours dans d'autres régions du Québec.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a démarré dans la région le 1^{er} novembre 2001. Il offre une mammographie de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Le taux de participation est passé de 55,1 % pour la période 2002-2003 à 67,3 % pour celle de 2008-2009 alors qu'au Québec, pour cette dernière période, le taux était de 56,4%. Toutefois, en dépit des nombreux efforts fournis par les CSSS, la diminution des délais d'attente de même que la mise en place de mécanismes d'assurance qualité font toujours partie des défis à relever. Les CSSS concernés par le programme doivent par ailleurs réviser leurs responsabilités dans le cadre de l'élaboration en 2011 de leurs plans d'action locaux (PAL) en santé publique.

Plusieurs règles et normes sont définies dans le cadre de référence du PQDCS et elles doivent être évaluées régulièrement. Deux aspects y sont touchés : le contrôle technique de la qualité en mammographie et l'analyse des processus et des résultats du programme. Les CDD doivent répondre aux exigences de qualité, soit l'agrément de l'Association canadienne des radiologistes et la certification par le Laboratoire de santé publique du Québec pour faire de la mammographie. Nous pouvons constater qu'ils répondent aux normes de qualité fixées par le programme et que la majorité des CDD ont renouvelé leur équipement au cours des dernières années.

Des organismes communautaires continuent d'offrir du soutien aux femmes atteintes de cancer du sein, dont Sentier nouveau à Saguenay, le Groupe au Seingulier sur le territoire Maria-Chapdelaine et la Société canadienne du cancer (régional).

2.1.3 Volet investigation, traitement et soutien

La région est relativement autosuffisante en matière d'investigation et de traitement du cancer sauf pour la clientèle en pédiatrie (thème traité ultérieurement) et les cancers hématologiques de haut grade. Ces activités sont réalisées par les six centres hospitaliers, soit un centre par territoire, dont un à vocation régionale. Au niveau du soutien, une multitude de services sont disponibles en CSSS et auprès des organismes.

La plupart des traitements contre le cancer sont disponibles dans la région tels que : la chirurgie, la radiothérapie, la curiethérapie et la chimiothérapie. Le taux de rétention des hospitalisations pour tumeurs n'a pas changé depuis 1994-1995, il se situe à 92 % et plus pour l'ensemble des sièges de cancer.

Au niveau de l'organisation des services, quatre équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer avec mandat local et une avec mandat régional ont été évaluées par un groupe d'experts de la direction de lutte contre le cancer. En avril 2008, les quatre équipes avec mandat local ont été désignées, soient : Programme Saguenay (regroupement des CSSS Cléophas-Claveau, Chicoutimi et Jonquière), CSSS Lac-Saint-Jean-Est, CSSS Domaine-du-Roy et CSSS Maria-Chapdelaine. Le deuxième cycle d'évaluation est prévu pour 2012.

Des investissements ont permis la consolidation de la fonction d'infirmières pivots en oncologie. En effet, depuis 2009, la région peut compter sur 9 infirmières pivots en oncologie, ce qui représente 8,2 équivalents temps complet (voir l'annexe 3, liste des IPO).

Les traitements **de radio-oncologie** et **de curiethérapie** sont donnés exclusivement au CSSS de Chicoutimi. Quatre médecins radio-oncologues, cinq physiciens, vingt-et-un technologues en radio-oncologie répondent aux besoins de la population.

Les patients proviennent majoritairement du SLSJ mais on retrouve également des patients d'autres régions. Au niveau des effectifs, le nombre de technologues est passé de 16 à 21, le nombre de physiciens est passé de 2 à 5 et le nombre de radio-oncologues est passé de 4 à 5, et ce, afin de répondre aux besoins croissants de la population du SLSJ.

Depuis février 2006, la cible ministérielle demande que, suivant la date où un patient est déclaré médicalement prêt, 90 % de ceux-ci soient traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines et que 100 % soient traités à l'intérieur d'un délai de huit semaines. Depuis l'implantation de ce mécanisme d'accès, le CSSS de Chicoutimi respecte les cibles ministérielles et même que 100 % des patients reçoivent leurs traitements à l'intérieur d'un délai de quatre semaines.

Des investissements majeurs ont été effectués afin de maintenir à jour le parc d'équipement de hautes technologies. En 2007, le CSSS de Chicoutimi a reçu l'autorisation d'ajouter un troisième accélérateur linéaire et a effectué le remplacement des deux déjà en place. Au total, plus de 20 M\$ ont été injectés dans ce secteur d'activité, en plus de l'ajout d'un budget de fonctionnement de 1,5 million de dollars.

Les chirurgies oncologiques qui se font dans les centres hospitaliers de la région sont réalisées dans les délais selon les données fournies par les établissements.

En ce qui concerne les traitements de chimiothérapie, les patients de tous les territoires de la région reçoivent leurs traitements de chimiothérapie dans des délais raisonnables. La majorité des traitements peuvent être reçus dans tous les CH du Lac-Saint-Jean. Pour la clientèle du Saguenay, les traitements sont donnés au CSSSC. Au niveau de la greffe de la moelle osseuse, la référence est faite à l'Hôpital Enfant-Jésus ou à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Les services d'un pharmacien sont disponibles dans chacun des centres hospitaliers qui offrent les traitements de chimiothérapie pour le soutien aux intervenants, l'enseignement aux patients et la surveillance des effets secondaires. Le rôle des pharmaciens communautaires est également important auprès des patients qui s'informent sur leur médication, les effets secondaires, etc.

Une lacune est observée concernant la prévention et le traitement du lymphoedème qui sont peu intégrés dans la pratique. En effet, plusieurs intervenants ont observé une augmentation du lymphoedème, or, les traitements requis sont fort dispendieux et les services de physiothérapie offrent peu ce genre de soins en raison d'un manque de formation à ce niveau et des limites des ressources.

En plus, chaque établissement a une équipe interdisciplinaire locale d'oncologie. Il y a des infirmières pivots dans chaque établissement et ces dernières assurent la liaison entre les établissements (voir l'annexe 3, liste des infirmières pivots de la région).

2.1.4 Volet soins palliatifs

La région compte une vingtaine de lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie offerts par quatre résidences spécialisées privées et deux CHSLD.

Il s'agit de la Maison Colombe-Veilleux située sur le territoire Maria-Chapdelaine, le Havre du Lac sur le territoire Domaine-du-Roy, Soli-Can sur le territoire Lac-Saint-Jean-Est et La Maison Notre-Dame-du-Saguenay sur le territoire de Chicoutimi. Tous ont reçu l'agrément et leur taux d'occupation dépasse les 70 % pour l'ensemble des maisons.

2.1.5 Volet formation, recherche, évaluation et maintien de la qualité

Le maintien et l'amélioration de la qualité englobent toutes les activités qui visent à garantir ou à améliorer la qualité des soins et des services dans le cadre de lutte contre le cancer, soit la formation, la surveillance, la recherche, le soutien à la qualité et l'évaluation.

Au CSSS de Chicoutimi, on recense plusieurs activités de formation professionnelle continue de type congrès, réunions scientifiques, formations et colloques au cours des années. Un colloque régional a été organisé par l'équipe d'oncologie régionale. Un second colloque régional est en cours de planification pour les mois à venir.

La formation en soins palliatifs est disponible et offerte dans les six territoires de CLSC de la région. Palli-Aide offre ce service et tient un colloque régional annuel en soins palliatifs. Sur le territoire Domaine-du-Roy, on offre des activités de formation continue depuis plusieurs années, et ce, à raison de trois fois par année, soit un jour de formation et deux soupers avec conférences.

Par contre, on déplore l'absence d'un véritable programme de formation continue, le peu d'activités de formation pour les intervenants et la diffusion limitée de l'information sur les activités de formation

en région. On devrait pouvoir compter sur un lieu de référence et un comité régional de formation continue dans le domaine du cancer et le transfert des connaissances entre les experts de la région.

Chaque CSSS de la région est doté d'un comité d'évaluation de l'acte médical, lequel n'est toutefois pas dédié uniquement au cancer. Dans ce milieu, il y a également un programme d'amélioration continue de la qualité, non spécifique au cancer. Pour les disciplines médicales de la gynécologie, de la pneumologie, de l'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie de ce centre hospitalier, des comités de thérapies du cancer ont été mis en place.

Plusieurs services des établissements ont des questionnaires pour évaluer la satisfaction de la clientèle, cette façon de faire n'est pas encore établie dans la pratique. Plusieurs admettent que c'est une étape importante pour améliorer les services et mieux répondre aux besoins de la clientèle.

2.2 La gouverne régionale et mécanisme de concertation

La gestion du réseau cancer SLSJ est assurée par un comité tactique sous l'autorité du forum de concertation qui regroupe l'ensemble des directeurs généraux de la région, de la présidente-directrice générale et de l'ensemble des directeurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Le comité tactique constitue le lieu privilégié où sont discutées les grandes orientations du réseau régional de lutte contre le cancer et les stratégies d'implantation associées (voir l'annexe 4, mandat du comité ainsi que l'organigramme de la gouverne du réseau cancer SLSJ).

Sous le comité tactique, on y retrouve deux comités : le comité régional de lutte contre le cancer et le comité régional de soins palliatifs.

Les membres de ces deux comités assurent, auprès de leurs pairs, la transmission des informations et des décisions qui y sont adoptées. Ces comités regroupent des intervenants de différentes disciplines professionnelles et de diverses catégories d'établissements, des représentants d'organismes communautaires et bénévoles ainsi que des personnes atteintes.

Chacune des équipes locales est administrée par un tandem de gestionnaires : un chef clinico-administratif et un chef médical avec lequel chacun des comités est en lien.

Les réalisations marquantes au cours des trois dernières années :

- Mise en œuvre progressive de politiques alimentaires dans les écoles et adoption de politiques alimentaires dans les établissements du réseau (mise en œuvre amorcée pour la plupart d'entre eux).
- Création de la table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*.
- Désignation par le ministre des quatre équipes locales de lutte contre le cancer (programme Saguenay Chicoutimi, Jonquière, Cléophas-Claveau, Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine).
- Agrément par le ministre des quatre maisons de soins palliatifs de la région et financement des lits des maisons au montant de 55 000 \$/lit pour un total régional de 935 000 \$.

- Agrandissement du département de radio-oncologie du CSSS de Chicoutimi, remplacement des deux accélérateurs linéaires et ajout d'un troisième pour répondre aux besoins de la population du SLSJ.
- Investissements :
 - Budget global pour la réalisation du projet : 20 M\$.
 - Budget de fonctionnement : 1 150 000 \$ (annualisé 2010-2011).
 - Atteinte des cibles ministérielles : 100 % des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie.
 - Consolidation du service d'oncologie bucco-dentaire.
- Mise en place et/ou consolidation des équipes interdisciplinaires en lutte contre le cancer et soins palliatifs dans chaque CSSS de la région.
- Mise en place et consolidation des postes d'infirmières pivots en oncologie. À ce jour (2008-2009), 8.2 équivalents temps complet financés par l'Agence et les établissements pour un investissement de 685 600 \$.

3. LES VISÉES DU PLAN D'ACTION 2011-2013

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

- L'autonomie et le respect des personnes : la personne atteinte est la première à pouvoir cheminer vers son mieux-être. Les intervenants qui l'entourent sont disponibles pour l'informer, l'aider à prendre ses propres décisions et lui offrir les meilleurs services possible selon les ressources disponibles.
- La globalité des besoins : il faut considérer la globalité des besoins de l'individu et de son entourage. Cela implique de tenir compte des dimensions biopsychosociales et spirituelles et de travailler en partenariat avec la famille et les proches. Cela implique également de prendre en compte, avec autant d'attention, les besoins en services de prévention, à l'échelle des individus, mais aussi des populations, et de travailler de concert avec les différents acteurs des communautés, incluant les citoyens.
- Le droit à des services de qualité : la population est en droit de recevoir des services qui répondent aux normes de qualité les plus élevées. La qualité des services offerts à la population est conditionnée par de multiples facteurs, telle la disponibilité du service, son accessibilité, des pratiques cliniques respectant les standards les plus élevés, des rapports humains empreints de respect et de courtoisie et un environnement physique adapté et favorisant la santé.

3.1 L'objectif général et les enjeux prioritaires

L'objectif ultime du programme de lutte contre le cancer au SLSJ et du plan d'action qui en découle est de diminuer l'incidence du cancer et d'améliorer le traitement des personnes atteintes, afin de réduire la mortalité et de s'assurer que toutes les personnes atteintes ainsi que leurs proches se sentent aidées, écoutées, soutenues et soulagées jusqu'à la fin de vie, voire au-delà pour ceux qui vivent un deuil. Pour y arriver, nous devons être en mesure d'offrir des services de qualité tout au cours du continuum d'interventions, disponibles dans la mesure du possible dans le milieu de vie des personnes et au moment où ils sont requis.

Principaux objectifs poursuivis par le réseau régional :

- Agir sur les causes évitables du cancer en déployant les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention du cancer inscrites dans le Plan d'action régional et les plans d'action locaux en santé publique.
- Favoriser, lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont rencontrés.
- Compléter la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement impliqué dans la lutte contre le cancer et soutenir la formation pour améliorer le fonctionnement.
- Poursuivre l'accès aux services de radio-oncologie, en chirurgie et en chimiothérapie selon les cibles ministérielles.

- Mettre en place le système de gestion et de suivi de l'accès afin de respecter les normes établies.
- Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.
- Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie.
- Soutenir les établissements dans l'atteinte des cibles ministérielles notamment quant à l'accès aux soins et services d'investigation, de diagnostic et de traitement en matière de cancer.
- Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.

Les enjeux prioritaires du plan d'action

Afin d'implanter le PQLC et d'avancer vers l'atteinte de notre objectif ultime, nous avons identifié les enjeux que nous considérons prioritaires pour la région au cours des prochaines années. Ces grands objectifs découlent des constats émergeant de l'état de situation réalisé pour notre région (besoins de santé, offre de services, organisation de services et structures en place), des travaux de planification effectués par le comité régional de même des planifications déjà réalisées en matière de santé publique, notamment le *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mise à jour 2009-2012*. Les activités du plan d'action régional de lutte contre le cancer pour 2011-2013 sont regroupées selon les cinq axes d'intervention du Programme québécois de lutte contre le cancer de la Direction de lutte contre le cancer (DLCC).

Les cinq axes d'intervention sont :

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

Les conditions favorables à la réalisation du plan d'action

À ce jour, on ne peut que se réjouir des avancées réalisées au SLSJ dans la lutte contre le cancer. Plusieurs mesures du PQLC ont été mises en place. Le travail soutenu de coordination et de concertation régionale est déterminant dans la poursuite des travaux. Néanmoins, des lacunes persistent et appellent une mobilisation soutenue des différents acteurs autour des actions proposées dans le présent plan. La mise en place d'une organisation intégrée et hiérarchisée en matière de lutte contre le cancer, encadrée par un processus rigoureux d'amélioration continue de la qualité, représente un défi de taille pour la région.

Parmi les principaux défis à surmonter, nous notons :

1. Accentuer les efforts de promotion et de prévention avec les partenaires intersectoriels notamment en ce qui concerne les interventions de lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé.
2. Les transformations en cours dans la gouverne régionale demanderont une vigilance particulière de la part des acteurs du programme de lutte contre le cancer, de manière à s'assurer que les objectifs et les orientations retenus se réalisent adéquatement dans ce nouveau cadre.
3. Les efforts de mise en réseau ne pourront atteindre les résultats escomptés que s'ils sont soutenus par des outils informationnels adéquats.
4. Un financement à la hauteur des besoins.
5. La croissance des besoins en oncologie est incontournable et appelle des ajustements dans la capacité du réseau et de ses partenaires à y répondre adéquatement. Les gains d'efficacité et d'efficience générés par une meilleure intégration et hiérarchisation des services n'élimineront pas le besoin de rehausser les investissements dans ce domaine.
6. La croissance fulgurante des coûts des médicaments reliés au traitement du cancer impose un fardeau financier d'envergure aux établissements, surtout dans un contexte de croissance des besoins. Cette question et sa solution ne peuvent être efficacement abordées à l'échelle d'un établissement ou d'une région. Elle appelle un positionnement national, tant sur le plan de leur utilisation optimale (guide de pratique défini par des experts nationaux et internationaux) que des conditions d'achat en commun.

Le plan d'action de lutte contre le cancer 2011-2013

AXE 1 CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Objectif 1.1 Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et services					
Action 1. Revoir et mettre à jour les programmes de lutte contre le cancer dans chaque CSSS impliqué dans la lutte contre le cancer.	- Les CSSS concernés auront revu leur programme de lutte contre le cancer.	CSSS	100 % des CSSS concernés	Décembre 2012	
Action 2. Poursuivre l'implantation du réseau cancer Saguenay-Lac-Saint-Jean.	- Dépôt du plan d'action régional et des programmes.	Agence CSSS	Documents déposés	Mars 2011	
Objectif 1.2 Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer					
Action 3. Finaliser la structure et le fonctionnement du réseau régional de lutte contre le cancer.	- Le réseau régional aura mis en place la nouvelle gouverne régionale de lutte contre le cancer.	Agence CSSS	Mise en place de la nouvelle gouverne	Décembre 2011	
Action 4. Compléter la formation des équipes interdisciplinaires dans chaque établissement impliqué dans la lutte contre le cancer.	- La formation destinée à toutes les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer sera complétée.	Agence CSSS	Formation complétée auprès de 100 % des équipes	Mars 2011	
Action 5. Optimiser l'accès aux services offerts par les intervenants des équipes locales de lutte contre le cancer.	- Chaque équipe devra établir et mettre en œuvre une stratégie pour offrir un accès aux ressources eu égard aux besoins des personnes.	CSSS	Stratégie établie et mise en œuvre par 100 % des équipes	Mars 2013	
Action 6. Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la 1 ^{re} ligne et les soins spécialisés et ultraspecialisés.	- Des ententes auront été convenues.	CSSS Agence	80 % des établissements	Mars 2013	
Objectif 1.3 Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et services dans la lutte contre le cancer					
Action 7. Participer au processus provincial d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	- Dès la parution du cadre de référence de la direction de lutte contre le cancer, les équipes interdisciplinaires de la région participeront au processus d'évaluation.	DLCC Agence CSSS	100 % des équipes interdisciplinaires	2012	En continu

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Objectif 2.1 Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie (le non-tabagisme, une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et une consommation modérée d'alcool) auprès des individus et créer des environnements qui en facilitent l'adoption, de même que prévenir les problèmes reliés au poids					
Action 8. Soutenir l'application de politiques publiques (tabac, alcool) de même que la mise en œuvre de politiques-cadres, d'initiatives, programmes et activités en matière de saines habitudes de vie dans les établissements scolaires et de santé, les municipalités, les milieux de travail et de loisirs.	- Les milieux de travail référés par le MSSS à l'Agence pour des difficultés à faire respecter la Loi sur le tabac recevront une aide.	Agence CSSS	100 % des demandes	Mars 2012	
	- Les initiatives nationales liées à l'application de politiques publiques visant à limiter les effets négatifs sur la santé de l'accessibilité économique et physique à l'alcool seront appuyées par des actions régionales.	Agence CSSS	100 % des initiatives	Mars 2012	
	- Les six CSSS, le Foyer Saint-François, le CRDI et le Centre jeunesse mettront en œuvre une politique sur la saine alimentation et au moins cinq CSSS mettront en œuvre une politique sur l'activité physique.	Agence Établissements	100 % des établissements 5 sur 6 CSSS	Mars 2012	
	- Au moins deux CSSS seront désignés <i>Ami des bébés</i> dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés de l'OMS.	Agence CSSS	Au moins deux CSSS seront désignés	Mars 2012	
	- Le programme <i>Choisir de maigrir ?</i> sera offert dans au moins un autre CSSS et sera maintenu dans les trois CSSS y participant.	Agence CSSS	4 CSSS ou plus offriront le programme	Mars 2012	
	- Une proportion annuelle de 50 % des écoles primaires et secondaires réalisera au moins une activité dans le cadre d'un programme ou d'une campagne de promotion sur les saines habitudes de vie.	Agence CSSS	50 % des écoles primaires et secondaires auront offert au moins une activité	Mars 2012	
	- Quinze nouveaux groupes Viactive (séances d'exercices pour les aînés) et six groupes de jeunes leaders (programme Voltage) seront mis sur pied et au moins une personne dans cinq des six CSSS sera formée en matière de transport actif et durable.	Agence CSSS	Quinze nouveaux groupes Viactive, six groupes jeunes leaders et au moins une personne formée dans 5 CSSS sur 6		

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Action 8. Soutenir l'application de politiques publiques (tabac, alcool) de même que la mise en œuvre de politiques-cadres, d'initiatives, programmes et activités en matière de saines habitudes de vie dans les établissements scolaires et de santé, les municipalités, les milieux de travail et de loisirs (SUITE)	- Le programme <i>0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION</i> sera implanté dans six autres milieux de travail et au moins une municipalité.	Agence CSSS	Implantation dans six nouveaux milieux de travail et au moins une municipalité.	Mars 2012	
	- Au moins deux municipalités planteront le programme <i>Municipalité active</i> .	Agence CSSS	Au moins deux municipalités	Mars 2012	
	- L'Agence continuera de promouvoir et soutenir l'action intersectorielle en matière de saines habitudes de vie, notamment par l'animation de la table régionale sur les saines habitudes de vie dans le cadre de la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids</i> .	Agence CSSS	Table régionale sur les saines habitudes de vie active	En continu	
Action 9. Poursuivre l'organisation des activités dans le cadre des campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont le non-usage du tabac.	- Les centres d'abandon du tabagisme et 50 % des écoles primaires et secondaires tiendront annuellement des activités en lien avec les campagnes de communication suivantes : la Semaine québécoise pour un avenir sans fumée, le Défi J'arrête, j'y gagne! et la Gang allumée pour un avenir sans tabac.	Agence CSSS	100 % des centres 50 % des écoles primaires 50 % des écoles secondaires	Mars 2012	
Action10. Promouvoir le counselling sur les saines habitudes de vie, soutenir les intervenants et la mise en place de services.	- Les CSSS de la région offriront des services de counselling et de support personnalisés par le biais des centres d'abandon du tabagisme à au moins trois cents fumeurs annuellement.	Agence CSSS	100 % des CSSS	Mars 2012	
	- Au moins cent professionnels de la santé suivront une formation en cessation tabagique (intervention minimale, brève ou intensive) et sur l'intervention brève en activité physique et en alimentation.	Agence CSSS	Plus de 100 professionnels de la santé	Mars 2012	
	- Cent professionnels de la santé et autres intervenants oeuvrant en périnatalité dans les CSSS de la région auront suivi la formation nationale de base en allaitement maternel.	Agence CSSS	Plus de 100 professionnels de la santé	Mars 2012	
	- Les CSSS procéderont à l'implantation du programme Alcochoix+ visant la consommation contrôlée chez les buveurs.	Agence CSSS	100 % des CSSS	Mars 2012	

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Objectif 2.2 Réduire les effets de conditions socio-économiques défavorables et favoriser la diminution des inégalités de santé et de bien-être					
Action 11. Promouvoir et soutenir la mise en place de services intégrés et d'interventions, incluant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, à l'intention des 0-5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité.	– Les femmes enceintes ou de mères admissibles seront rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) – Au moins une activité de promotion de la référence au SIPPE et de l'importance d'orienter les enfants défavorisés vers les CPE sera réalisée à l'intention des intervenants œuvrant auprès des familles défavorisées. – L'offre de service en soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire venant de milieux défavorisés sera maintenue et consolidée dans les organismes communautaires sur tous les territoires de RLS avec l'animation de programmes reconnus efficaces.	Agence CSSS Agence CSSS Agence CSSS	>80 % des femmes admissibles à chaque année Une activité ou plus Maintien de l'offre de service dans tous les territoires de RLS	Mars 2012 Mars 2012 Mars 2012	
Action 12. Soutenir le développement ou la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains.	– Un projet pilote facilitant l'accessibilité à une saine alimentation sera implanté dans la MRC Maria-Chapdelaine. – Des rencontres régionales des répondants des tables locales en sécurité alimentaire et d'autres organismes préoccupés par cette problématique auront lieu annuellement. – Des formations régionales traitant des déterminants de la sécurité alimentaire seront dispensées aux acteurs concernés par la problématique.	Agence CSSS Agence CSSS Agence CSSS	Pojet-pilote déployé Six rencontres par année Au moins deux formations	Mars 2012 Mars 2012 Mars 2012	
Action13. Promouvoir et soutenir la participation du réseau de la santé et des services sociaux aux activités intersectorielles visant la vitalité des milieux et la réduction des inégalités socioéconomiques dans le milieu régional.	– La provenance des partenaires participant aux six tables locales d'action intersectorielle dans le cadre des SIPPE sera élargie à d'autres secteurs d'activité. – L'Agence maintiendra sa participation à la Commission en développement social de la Conférence régionale des élus. – Les CSSS de la région participeront au Comité de lutte à la pauvreté de leur territoire. – Les CSSS maintiendront les comités de concertation intersectorielle en santé et bien-être.	Agence CSSS Agence CSSS CSSS	Ajout de partenaires d'autres secteurs Participation aux rencontres de la commission 100 % des CSSS 100 % des CSSS	Mars 2012 En continu En continu En continu	

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Objectif 2.3 Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail					
Dans l'environnement : Action 14. Dépister et surveiller la présence dans l'environnement d'agents cancérigènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle d'exposition et soutenir la mise en place de telles actions, le cas échéant.	– L'Agence examinera les grands projets régionaux soumis au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) et des avis seront fournis sur demande pour les grands projets industriels.	Agence	100 % des projets soumis	Mars 2012	
	– L'Agence répondra aux demandes de soutien des différents partenaires quant à l'évaluation de la qualité de l'air intérieur et de l'eau potable.	Agence	100 % des demandes	Mars 2012	
	– L'Agence fera des activités d'information et de sensibilisation à l'intention des partenaires du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), de l'industrie, des municipalités et des groupes environnementaux sur les objectifs santé d'assainissement de la qualité de l'air extérieur.	Agence	Activités d'information réalisées auprès des partenaires	Mars 2012	
	– Un comité régional sur la pollution atmosphérique dans la région sera mis en place et réunira tous les partenaires d'intérêt.	Agence	Comité en activité	Mars 2012	
Action 15. Informer et sensibiliser la population et les intervenants, en collaboration avec les partenaires, afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire.	– Les partenaires municipaux et du secteur de l'habitation seront sensibilisés et informés sur la problématique du radon domiciliaire.	Agence	Activités d'information réalisées	Mars 2012	
	– Le rapport illustrant la situation régionale relative au radon sera diffusé.	Agence	Rapport diffusé	Mars 2012	
Action 16. Informer et sensibiliser la population, de concert avec les partenaires, afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.	– Des activités d'information et de sensibilisation seront organisées à l'intention des 0-18 ans, en collaboration avec les partenaires intersectoriels.	Agence CSSS	Activités d'information réalisées	Mars 2012	
En milieu de travail : Action 17. Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le MSSS et la CSST en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.	– Sur une base volontaire, les travailleurs exposés à l'amiante participeront à une session d'information et passeront une radiographie pulmonaire.	Agence CSSS	100 % des travailleurs exposés	Mars 2012	
	– Les niveaux d'exposition aux contaminants désignés seront sous le seuil d'intervention médicale pour tous les travailleurs identifiés dans les programmes de santé spécifiques à un établissement de travail.	Agence CSSS	100 % des travailleurs identifiés auront des niveaux d'exposition sous le seuil	Mars 2012	
	– Au moins 225 programmes de santé spécifiques à un établissement de travail seront produits annuellement	Agence CSSS	225 programmes de santé et plus seront produits par année	Mars 2012	

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Objectif 2.4 Promouvoir et soutenir une approche concertée et des actions intégrées en développement durable auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de leurs partenaires du réseau local					
Action18. Maintenir les activités de promotion et de soutien au développement durable mises en place régionalement.	– L'Agence organisera un colloque régional aux deux ans, mettra à jour le site WEB et rendra disponible le service de veille informationnelle.	Agence	Tenue du colloque Site web actif	En continu	
	– L'Agence assurera la production et la diffusion des différents guides relatifs à la mise en place d'une démarche de développement durable.	Agence	Guides produits et diffusés	Mars 2012	
	– L'Agence maintiendra son soutien et sa participation au comité régional en développement durable.	Agence	Participation aux rencontres	En continu	
	– L'Agence continuera d'assurer un leadership participatif en matière de développement durable.	Agence	Maintien d'un leadership participatif	En continu	
Objectif 2.5 Prévenir certains cancers par l'immunisation					
Action19. Offrir la vaccination en milieu scolaire contre l'hépatite B et les infections au virus du papillome humain (VPH) afin de réduire l'incidence de l'hépatite B et des infections génitales à VPH et conséquemment prévenir la survenue du cancer du foie et du col de l'utérus.	– Les CSSS et le centre de santé autochtone continuera d'atteindre les couvertures vaccinales annuelles suivantes : - o hépatite B : 90 % des élèves en 4^e année du primaire; - o VPH : 90 % des filles en 4^e année du primaire et 85 % de celles en 3^e secondaire.	Agence CSSS Centre de santé autochtone	100 % des CSSS et centre de santé autochtone	Mars 2012	
Objectif 2.6 Favoriser, lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus soient rencontrés					
Action20. Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.	– Les centres de dépistage désignés (CDD) et les centres de référence pour investigation désignés (CRID) réviseront leurs responsabilités en lien avec leur statut, proposeront un plan d'action pour corriger les écarts et mettront en œuvre les activités contenues conformément au calendrier proposé.	Agence CSSS	100 % des centres désignés	Mars 2012	
	– Une activité de promotion auprès des médecins concernant le dépistage du cancer du sein sera réalisée.	Agence CSSS	Au moins une activité de promotion	Mars 2012	
	– Une évaluation de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région sera produite et diffusée par l'Agence.	Agence	Rapport produit et diffusé	Mars 2012	

AXE 2 PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	NOTES
Action 21. Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus (par le test de Papanicolaou) pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.	– Les initiatives nationales en la matière seront appuyées au niveau régional.	Agence CSSS	100 % des initiatives nationales sont appuyées au niveau régional	Mars 2012	
Action 22. Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée.	– S'assurer que les centres rencontreront les normes professionnelles et organisationnelles prévues au cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) si le dépistage est déployé provincialement.	Agence CSSS	100 % des centres régionaux rencontrent les normes	En continu	Des projets de démonstration sont en cours pour évaluer la faisabilité d'un dépistage à l'échelle provinciale
Objectif 2.7 Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer					
Action 23. Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence et la mortalité en fonction des différents types de cancers.	– Un document portant sur l'incidence et la mortalité associée au cancer dans la région sera produit et diffusé aux différents acteurs impliqués dans la lutte au cancer.	Agence	Document produit et diffusé	En continu	
Action 24. Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence des différents déterminants (facteurs de risque et de protection) du cancer.	– De l'information pertinente sur les principaux déterminants du cancer sera accessible dans les différentes productions de l'Agence, par exemple, dans les portraits de santé réalisés pour chacun des territoires de RLS.	Agence	Document produit et diffusé	En continu	
AXE 3 FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Objectif 3.1 Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources					
Action 25. Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hémato-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS.	– Plan en radio-oncologie. – Plan en hémato-oncologie.	DLCC DSSSAMU CSSS	Dépôt du document et respect du plan	Mars 2013	
Action 26. Utiliser les outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie, en chirurgie, en hémato-oncologie via le Système SIMASS.	– Les centres utiliseront les outils développés. – La banque centrale sera fonctionnelle.	DLCC Agence CSSS	100 % des centres	Mars 2013	

AXE 3 FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Action 27. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	– Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	CSSS	70 % de personnes	Mars 2013	
Action 28. S'assurer que tous les CSSS mettent en place le système de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et, par la suite, à la chimiothérapie, afin de respecter les normes établies.	– Les personnes médicalement prêtes seront traitées selon les normes établies.	DLCC Agence CSSS	90 % des personnes	Mars 2013	
Action 29. S'assurer de l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes.	– Version finale à la suite de l'expérimentation. – Promotion et diffusion du carnet.	DLCC Agence CSSS	100 % des cliniques d'oncologie	Mars 2013	
Objectif 3.2 Faciliter le retour dans leur milieu de vie à toutes les personnes atteintes de cancer en leur assurant un accès à un médecin de famille					
Action 29. Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.	– Le mécanisme de prise en charge sera établi.	Agence CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
Objectif 3.3 Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie					
Action 30. Soutenir l'application des normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.	– Mandat du sous-comité soins palliatifs. – Selon la mise en place de la nouvelle gouverne régionale, mandater le comité de soins palliatifs afin de définir des mesures stratégiques pour atteindre cet objectif.	Agence Comité régional de SP	Donner mandat au comité	Mars 2012	
Action 31. Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.	– Un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé).	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
	– Les services médicaux.	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
	– Les services infirmiers.	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
	– La couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence.	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
	– Les services de répit et de dépannage.	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	
	– Le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile.	CSSS	100 % des CSSS	Mars 2013	

AXE 3 FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Action 32. Participer à l'agrément des maisons de soins palliatifs (MSP) en vue d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.	Critères définis et processus de reconnaissance des maisons de soins palliatifs complété.	MSP Agence	100 % des maisons	Mars 2013	
Objectif 3.5 Améliorer la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements pour toute personne présentant une suspicion ou un diagnostic de cancer					
Action 33. Établir les trajectoires des patients du début de la démarche diagnostique jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie.	D'ici 2013, chaque territoire de CSSS aura déterminé ses trajectoires pour les cancers les plus fréquents et aura établi un plan d'action afin de corriger les écarts.			Mars 2013	

AXE 4 SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Objectif 4.1 Promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer					
Action 34. Faciliter l'intégration du médecin de famille dans le continuum de soins et services de lutte contre le cancer tant régional que local.	Consulter le comité de direction du DRMG afin de définir les moyens d'intégration. Un plan d'action aura été établi et implanté afin de faciliter l'intégration.	Agence DRMG Agence	Plan déposé et comité DRMG consulté	Septembre 2011 Mars 2013	
Objectif 4.2 Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques					
Action 35. S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation.	Équipe régionale qui offre le FSSE.	Agence CSSS de Chicoutimi		Mars 2013	

AXE 4 SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Action 36. Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer dans la région.	Accessibilité aux comités de thérapie du cancer.	Agence CSSS de Chicoutimi		Mars 2013	
Objectif 4.3 Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes					
Action 37. Assurer la diffusion et le suivi des guides de pratiques développés par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO).	Diffusion des documents publiés par le CEPO.	Agence	Dépôt des documents	Mars 2011	
AXE 5 ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS	RÉSULTAT ATTENDU	RESPONSABLE	CIBLE	ÉCHÉANCE	
Objectif 5.1 Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité					
Action 38. Faire connaître aux établissements les cibles ministérielles quant à l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer.	Cibles ministérielles.	Agence		Mars 2013	
Action 39. Soutenir les CSSS dans le recueil des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.	Données recueillies, actions entreprises.	DLCC		Mars 2013	
Objectif 5.2 Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer					
Action 40. Participer et s'assurer de la mise en place d'un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du fichier des tumeurs du Québec.	Décembre 2007 : identification des variables du registre. Juin 2008 : choix des technologies. Décembre 2009 : disposer des ressources qualifiées, expérimentation et ajustements. Décembre 2010 : fonctionnalité du registre.	DLCC Agence CSSS	Registre provincial en place	Mars 2013	

CONCLUSION

L'ampleur du phénomène du cancer nous confronte toutefois à des efforts constants d'amélioration de nos actions. Il apparaît essentiel d'établir une synergie plus grande entre les acteurs, de manière à optimiser chacune des actions isolément déployées. L'intégration des interventions et des services constitue une voie privilégiée dans notre plan d'action.

Le déploiement d'équipes interdisciplinaires aux plans local et régional et une meilleure coordination des actions entre les paliers présentent, à notre avis, un potentiel certain d'amélioration de la continuité et de la qualité des services.

En terminant, la stratégie mise de l'avant pour élaborer ce plan d'action régional de lutte contre le cancer a permis aux nombreuses personnes impliquées de poursuivre leur travail pour la consolidation de notre réseau régional, de prendre conscience des problématiques vécues par les personnes atteintes et leurs proches, de reconnaître la nécessité de changer les façons de faire pour améliorer les services et surtout de mobiliser les intervenants et professionnels autour d'un projet commun. La lutte contre le cancer demeure une priorité incontestable d'intervention dans notre région.

On peut espérer un avenir promoteur à la consolidation du réseau régional en lutte contre le cancer.

ANNEXES

Annexe 1

L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER AVEC DÉSIGNATION RÉGIONALE

Lors des visites de désignation, certaines équipes ont reçu une désignation de niveau régional. Ces équipes régionales désignées sont identifiées à un établissement particulier. Elles offrent des services généraux et spécialisés avec une expertise pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers hématologiques :

- services de dépistage, confirmation du diagnostic et traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie);
- services d'adaptation et de soutien spécialisés.

Pour offrir ces services, l'équipe régionale travaille en interdisciplinarité et se compose d'intervenants spécialisés avec une expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu. Elle bénéficie d'une infrastructure particulière et de technologies diagnostiques ou thérapeutiques lourdes, mais répandues. Elle retourne les personnes vers leur milieu de vie naturel avec les arrimages requis, informe les intervenants des équipes locales sur les services offerts aux usagers durant l'épisode de soins ou l'événement qui a suscité le recours à ses services.

Afin d'assurer des services continus et de qualité, l'équipe régionale pourra mettre en place, en collaboration avec les intervenants de son réseau :

- un suivi systématique des clientèles;
- une standardisation des interventions (protocoles de traitements communs au sein du territoire);
- des ententes et corridors de services entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes;
- une standardisation des mécanismes d'orientation (de référence);
- une standardisation du matériel informationnel.

Enfin, l'équipe régionale tient un rôle de formation, accompagnement, soutien et évaluation (FASE) vis-à-vis des équipes locales de son réseau. En collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux, elle doit pouvoir leur offrir :

- l'accès à un comité des thérapies du cancer (voir annexe 1);
- des activités de formation continue (F) pour le développement des compétences;
- un accompagnement (A) et un soutien (S) aux équipes locales qui le nécessitent;
- des activités d'évaluation (E) des services de lutte contre le cancer de son réseau (normes de compétences, organisation du travail, soutien au développement de ressources informationnelles pour l'analyse du parcours thérapeutique ou trajectoire).

L'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer avec désignation régionale

Annexe 2

Médecins spécialistes en place par spécialité au Saguenay–Lac-Saint-Jean Nombre autorisé par le Ministère selon le PEM 2011 et postes disponibles

TYPE DE SPÉCIALITÉ	SPÉCIALITÉ	EFFECTIFS AYANT UN AVIS DE CONFORMITÉ (EN PLACE OU EN VOIE DE S'INSTALLER)	PEM 2009	POSTES DISPONIBLES
Spécialités de base	Anatomo-pathologie	6	8	2
	Anesthésiologie	26	26	0
	Chirurgie générale	17	20	3
	Médecine interne	14	17	3
	Obstétrique-gynécologie	17	17	0
	Pédiatrie générale	18	18	0
	Pédopsychiatrie	4	5	1
	Psychiatrie adulte	21	23	2
	Radiologie diagnostique	17	18	1
Total spécialités de base		140	152	12
Autres spécialités	Allergie-immunologie	0	1	1
	Biochimie médicale	2	2	0
	Cardiologie	6	9	3
	Chirurgie cardiaque vasculaire thoracique (CCVT)	2	3	1
	Chirurgie vasculaire	2	2	0
	Chirurgie orthopédique	14	14	0
	Chirurgie plastique	3	4	1
	Dermatologie	3	5	2
	Endocrinologie	1	3	2
	Gastro-entérologie	1	3	2
	Génétique médicale	0	2	2
	Gériatrie	2	2	0
	Hématologie	3	6	3
	Médecine d'urgence	3	5	2
	Médecine nucléaire	3	5	2
	Microbiologie	5	5	0
	Néphrologie	4	4	0
	Neurochirurgie	3	3	0
	Neurologie	4	6	2
	Ophtalmologie	6	8	2
	Oto-rhino-laryngologie	7	7	0
	Physiatrie	0	1	1
	Pneumologie	5	6	1
	Radio-oncologie	5	5	0
	Rhumatologie	1	1	0
	Santé communautaire	0	3	3
	Urologie	7	7	0
Total autres spécialités		92	122	30
TOTAL		232	274	42

** Le MSSS a autorisé un dépassement temporaire pour cette spécialité.

Annexe 3

Infirmières et infirmiers pivots au Saguenay–Lac-Saint-Jean

CSSS de Chicoutimi (Programme d'oncologie du Saguenay)
305, rue St-Vallier, C.P. 5006
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

1. Spécialité(s) : Digestif
2. Nom et prénom : De Champlain, Jeanne
3. Établissement : CSSS de Chicoutimi
Numéro de téléphone : 418 541-1234 poste 3397
Numéro de téléavertisseur : 418 541-7327
Adresse courriel : Jeanne.DeChamplain@ssss.gouv.qc.ca
Horaire : Temps complet

1. Spécialité(s) : ORL, gynécologie et os
2. Nom et prénom : Hétu, Nancy
3. Établissement : CSSS de Chicoutimi
Numéro de téléphone : 418 541-1234 poste 3396
Numéro de téléavertisseur : 418 541-8479
Adresse courriel : Nancy.Hetu@ssss.gouv.qc.ca
Horaire : Temps complet

1. Spécialité(s) : Poumon
2. Nom et prénom : Isabelle Tremblay
3. Établissement : CSSS de Chicoutimi
Numéro de téléphone : 418 541-1234 poste 3398
Numéro de téléavertisseur : 418 820-8991
Adresse courriel : Isabelle.tremblay.chs@ssss.gouv.qc.ca
Horaire : Temps complet

1. Spécialité(s) : Hémato et mélanome
2. Nom et prénom : Lavoie Josée
3. Établissement : CSSS de Chicoutimi
Numéro de téléphone : 418 541-1234 poste 3399
Numéro de téléavertisseur : 418 820-8946
Adresse courriel : Josee.Lavoie.csssc@ssss.gouv.qc.ca
Horaire : Temps complet

1. Spécialité(s) : Sein, pédiatrie, urologie et neurologie
2. Nom et prénom : Gagnon, Ariane (congé maternité remplacé par Karine Martin)
3. Établissement : CSSS de Chicoutimi
Numéro de téléphone : 418 541-1234 poste 3565
Numéro de téléavertisseur : 418 591-8191
Adresse courriel : Ariane.Gagnon.chs@SSSS.gouv.qc.ca
Horaire : Temps complet

-
- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Spécialité(s) : | IPO Générale (poste 3 jours/semaine vacant temporairement) |
| 2. Nom et prénom : | Martin Karine (remplace Ariane Gagnon) |
| 3. Établissement : | CSSS de Chicoutimi |
| Numéro de téléphone : | 418 541-1234 poste 3346 (poste 3565 durant remplacement) |
| Numéro de téléavertisseur : | 418 690-5427 (418 591-8191 durant remplacement) |
| Adresse courriel : | karine.martin.csssc@ssss.gouv.qc.ca |
| Horaire : | 3 jours par semaine |

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
300, boul. Champlain Sud
Alma (Québec) G8B 5W3

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Spécialité(s) : | Tous les sièges de cancer |
| 2. Nom et prénom : | Bluteau, Guylaine |
| 3. Établissement : | CSSS de Lac-Saint-Jean-Est |
| Numéro de téléphone : | 418 669-2000 poste 3395 |
| Numéro de télécopieur : | 418 662-2468 |
| Adresse courriel : | guylaine.bluteau@SSSS.gouv.qc.ca |
| Horaire : | Temps complet |

CSSS Domaine-du-Roy
450, rue Brassard
Roberval (Québec) G8H 1B9

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Spécialité(s) : | Tous les sièges de cancer |
| 2. Nom et prénom : | Langevin, Serge |
| 3. Établissement : | CSSS Domaine-du-Roy |
| Numéro de téléphone : | 418 275-0110 poste 3060 |
| Numéro de télécopieur : | 418 275-2821 |
| Numéro de téléavertisseur : | 418 671-5207 |
| Adresse courriel : | Serge.langevin@ssss.gouv.qc.ca |
| Horaire : | Temps complet |

CSSS Maria-Chapdelaine
2000, boul. Sacré-Coeur
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Spécialité(s) : | Tous les sièges de cancer |
| 2. Nom et prénom : | Rancourt, Suzie |
| 3. Établissement : | CSSS Maria-Chapdelaine |
| Numéro de téléphone : | 418 276-1234 poste 4229 |
| Numéro de télécopieur : | 418-276-8353 |
| Numéro de téléavertisseur : | 418-671-7492 |
| Adresse courriel : | suzie.rancourt@ssss.gouv.qc.ca |
| Horaire : | 24h semaine : couverture toute la semaine |

Annexe 4

GOVERNE RÉGIONALE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux propose des orientations prioritaires dans lesquelles des mesures stratégiques sont axées sur cinq thèmes. Le comité tactique de la lutte contre le cancer devra assurer la coordination et le leadership auprès du réseau régional au regard des orientations nationales.

COMITÉ TACTIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le comité tactique de la lutte contre le cancer est sous l'autorité du forum de concertation.

Composition :

- Co-gestionnaire médical (Agence)
- Co-gestionnaire clinico-administratif (Agence)
- Directeur des services de santé, des affaires médicales et universitaires
- Directeur de la santé publique
- Directeurs des quatre établissements avec programme local de lutte contre le cancer

Mandat :

- Définir la vision et établir les priorités régionales de la lutte contre le cancer sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean au regard des orientations prioritaires de la Direction de la lutte contre le cancer.
- S'assurer d'une surveillance adéquate du cancer sur son territoire, et ce, tout au long du continuum de services (de la prévention/promotion jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie).
- Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans son réseau de soins et de services.
- Assurer les liens avec les différentes tables régionales au regard des orientations régionales.
- Approuver les plans d'action des comités régionaux.
- Faire rapport annuellement au Forum de concertation.

Mode de fonctionnement :

- Deux rencontres par année dont une avec le comité régional de lutte contre le cancer
- Conférences téléphoniques selon les besoins

COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le comité régional de lutte contre le cancer est sous l'autorité du comité tactique de lutte contre le cancer et doit assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes présentant une suspicion ou un diagnostic de cancer. La composition du comité est le reflet du travail en interdisciplinarité priorisé par la Direction de la lutte contre le cancer au ministère.

Le comité est soutenu par un secrétariat placé sous la responsabilité de la direction des services de santé, affaires médicales et universitaires.

Composition :

- Co-gestionnaire médical (assure la présidence)
- Responsables des programmes locaux de lutte contre le cancer des 4 CSSS (programme Saguenay, Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy, Maria-Chapdelaine)
- Président du comité régional de soins palliatifs ou son représentant
- Un représentant des pharmaciens en oncologie (mandat de 2 ans)
- Une infirmière pivot en oncologie (mandat de 2 ans)
- Un représentant volet psychosocial (mandat de 2 ans)
- Un représentant volet nutrition (mandat de 2 ans)
- Un représentant des organismes communautaires (mandat de 2 ans)
- Un représentant pour l'oncologie pédiatrique (CSSS de Chicoutimi)
- Un représentant du volet santé publique (prévention/promotion et dépistage)
- Un représentant des usagers (mandat de 2 ans)
- Un représentant partenaire universitaire (mandat de 2 ans)
- Responsables régionales du programme de lutte contre le cancer des régions 09 et 10
- Représentant de l'Agence (co-gestionnaire clinico-administratif)

Mandat :

- Au regard des orientations régionales de la lutte contre le cancer déterminées par le comité tactique :
 - s'assurer que chaque territoire soit en mesure d'offrir l'accessibilité à des soins de qualité à toute personne présentant une suspicion ou un diagnostic de cancer;
 - planifier et soutenir la mise en œuvre de l'amélioration de la continuité et de la complémentarité de l'offre de service afin d'éviter des ruptures;
 - recommander au comité directeur régional l'adoption d'un modèle d'organisation de services pouvant répondre aux besoins de la clientèle de la région.
- Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques.
- Élaborer un plan d'action conforme aux orientations régionales et qui aura été approuvé par le comité tactique.
- Faire rapport annuellement au comité tactique.
- Mettre en place, au besoin, les structures de travail nécessaires à la réalisation d'un mandat.

Mode de fonctionnement :

- Quatre rencontres par année (durée maximum de 3 heures)
- Une rencontre annuelle avec le comité tactique
- Conférences téléphoniques selon les besoins

COMITÉ RÉGIONAL DE SOINS PALLIATIFS

Le comité régional sur les soins palliatifs est sous l'autorité du comité tactique de lutte contre le cancer et doit assurer une réponse aux besoins spécifiques des clientèles des soins palliatifs et de fin de vie. La composition du comité est le reflet du travail en interdisciplinarité priorisé par la Direction de la lutte contre le cancer au ministère.

Le comité est soutenu par un secrétariat placé sous la responsabilité de la DSSAMU.

Composition :

- Président (médecin en soins palliatifs)
- Une personne pour chacun des territoires, en s'assurant de la répartition suivante :
 - deux représentants volet CH
 - deux représentants volet CLSC
 - deux représentants volet CHSLD
- Un représentant des pharmaciens en soins palliatifs (mandat de 2 ans)
- Un représentant volet psychosocial (mandat de 2 ans)
- Un représentant volet nutrition (mandat de 2 ans)
- Un représentant des maisons de soins palliatifs (mandat de 2 ans)
- Un représentant des organismes communautaires en soins palliatifs (mandat de 2 ans)
- Un représentant pour l'oncologie pédiatrique (normes en matière de soins palliatifs pédiatriques)
- Président du comité régional de lutte contre le cancer ou son représentant
- Représentant de l'Agence (co-gestionnaire clinico-administratif)

Mandat :

- Au regard des orientations globales des soins palliatifs et de fin de vie déterminées par le comité tactique :
 - s'assurer que chaque territoire soit en mesure d'offrir l'accessibilité à des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à leurs proches;
 - planifier et soutenir la mise en œuvre de l'amélioration de la continuité et de la complémentarité de l'offre de service;
 - recommander au comité directeur régional l'adoption d'un modèle d'organisation de services pouvant répondre aux besoins de la clientèle de la région.
- Soutenir l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.
- Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques.
- Élaborer un plan d'action conforme aux orientations régionales et qui aura été approuvé par le comité tactique.
- Faire rapport annuellement au comité directeur.
- Mettre en place, au besoin, les structures de travail nécessaires à la réalisation d'un mandat.

Mode de fonctionnement :

- Quatre rencontres par année (durée maximum de 3 heures)
- Conférences téléphoniques selon les besoins

LES COMITÉS DES THÉRAPIES DU CANCER

Les comités des thérapies du cancer (CTC) réunissent des cliniciens du cancer pour proposer aux médecins traitants, au cours de discussions scientifiques, des orientations de bonnes pratiques médicales basées sur les données probantes. Ces comités doivent évaluer et stimuler l'évolution de la pratique médicale des équipes interdisciplinaires dans leur région et émettent toute recommandation pertinente à leur amélioration continue.

La revue prospective de dossiers de cancer par un CTC contribue à l'amélioration continue de la qualité et à la formation continue des participants.

Les discussions du CTC permettent de générer du savoir, de revoir les principes de base de la gestion thérapeutique, d'identifier les zones de fragilité pour lesquelles un « audit » serait opportun, de déceler les cas admissibles à la participation à des essais cliniques, d'alimenter l'équipe de lutte contre le cancer quant à des sujets intéressants pour des activités de formation et favorisent l'accès à l'information pour les participants issus d'autres équipes (voir la section « Le CTC par visioconférence » ci-dessous).

Le comité des thérapies du cancer :

- réunit un groupe multidisciplinaire pour discuter de façon prospective et réviser spécialement des cas présentant un problème difficile quant au diagnostic (incluant le stade du cancer), au pronostic et aux décisions de soins (investigation, traitements et suivi);
- comporte des règles de fonctionnement;
- fait partie de la structure organisationnelle de l'établissement régional et du réseau régional;
- ses règles de fonctionnement sont acceptées par le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement régional et, idéalement, par le CMDP de chacun des établissements régionaux;
- a lieu généralement dans l'établissement régional, mais peut se déplacer;
- a pour objectif le maintien et l'amélioration de la qualité des soins par l'enseignement (résidents) et la formation continue;
- est reconnue comme une activité d'éducation médicale continue par le Collège Royal;
- peut jouer un rôle-conseil pour toutes les activités de l'équipe de lutte contre le cancer concernant les bases de données, la formation continue, les liens avec les équipes locales et suprarégionales et les recommandations pour l'élaboration des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi (arbres de décision de soins);
- permet à l'équipe régionale ou suprarégionale de jouer son rôle de formation, accompagnement et soutien auprès des intervenants des équipes locales;
- à la demande des équipes locales ou régionales ou selon les besoins, et en collaboration avec les conseils des médecins, des dentistes et des pharmaciens, les CTC peuvent aussi procéder à des analyses rétrospectives, à des révisions de cas, évaluer le succès ou le taux de complications des gestes thérapeutiques posés par l'équipe d'oncologie, les intervenants ou l'un de ses partenaires dans un même établissement.

Les comités des thérapies du cancer doivent être vus comme des outils de gestion de la qualité grâce à l'échange d'information, la formation et la rétroaction. Ils constituent un mécanisme d'audit externe comparable au comité de révision de l'acte médical d'un CMDP. L'approche préconisée par les CTC doit en être une d'offre de service et de concertation et non d'obligation.

Mode de fonctionnement :

- Les règles de fonctionnement devraient être entérinées par le comité exécutif du CMDP, diffusées à tous les membres actifs et annexées aux règlements du CMDP.

Composition :

- Médecins spécialistes (hématologues-oncologues, les radio-oncologues, les chirurgiens, les pathologistes, les radiologistes et autres médecins impliqués en oncologie), pharmaciens en oncologie, infirmière pivot en oncologie, autres disciplines
- Médecins résidents
- Permanence de certains membres, mais tous peuvent participer aux discussions

Fréquence et horaire des réunions :

- L'horaire des réunions doit permettre la plus grande participation possible. Il doit être largement diffusé (dans l'hôpital et ceux des autres équipes locales susceptibles de participer) par le canal de communication le plus approprié et être affiché très visiblement partout en guise de rappel.
- Horaire régulier, prévisible (ex. tous les vendredis matin de 7 à 8 h aux deux semaines, sauf pendant les vacances d'été).
- Établit longtemps à l'avance (ex. : annuellement).

Règles pour l'inscription des cas :

- Sièges de cancer (inclusions/exclusions). Tous les nouveaux cas peuvent être présentés si le temps le permet.
- Demandes des médecins traitants.
- Échéance.
- Contact.

Présentation des cas :

- Demande de consultation adressée au CTC.
- Les informations nécessaires à la présentation du cas doivent être préparées : sommaire par le médecin traitant, rapport de pathologie, imagerie, consultations effectuées le cas échéant.

Procès-verbal :

- Liste de présences paraphée par les participants.
- Déroulement de la réunion.
- Compte rendu de chaque cas présenté avec le nom du présentateur et le nom de l'usager, description du cas, objectif(s) de la présentation du cas, conclusions et recommandations. Ce rapport est signé par le médecin responsable du CTC ou de son représentant. Une copie est versée au dossier et une autre, expédiée au médecin traitant.
- Discussions sur autres sujets.

Règles éthiques :

- Les règles de fonctionnement respectent les recommandations de l'Association canadienne de protection médicale (assurance d'une protection en cas de problème).
- Patient avisé (recommandé par l'Association canadienne de protection médicale).
- Arguments et recommandations fondés sur des données probantes.

- Si absence de consensus, le rapport en fera état, sans qu'il soit nécessaire de nommer les dissidents.
- La décision finale appartient au médecin traitant.
- Le médecin traitant devrait justifier les décisions de soin qui divergent des recommandations du CTC.
- En dehors de son pouvoir d'influence, le CTC régional ne possède pas de pouvoir défini sur les centres affiliés. Les médecins des équipes locales peuvent présenter des cas au CTC régional lorsqu'ils estiment que c'est pertinent. Les CMDP des centres affiliés au CTC régional devront accepter qu'une consultation auprès du CTC régional soit considérée comme telle et versée au dossier du patient.

Aspects pratiques :

- Disponibilité d'un local suffisamment vaste doté de tout l'équipement requis.
- Support administratif (secrétariat), de la bibliothèque et des archives.
- Horaire établi annuellement.

Le CTC par visioconférence :

- Pour pallier à l'éloignement des membres des équipes locales.
- Il doit y avoir la possibilité d'inclure le partage d'images (PACS, PowerPoint, équipements de télémédecine).
- Il ne faut pas négliger l'importance de la qualité de la transmission des images ce qui nécessite une bande passante suffisante.

Annexe 5

Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer

<i>Mandat / Responsabilité</i>	<i>Local / de base</i>	<i>Régional</i>	<i>Suprarégional (tertiaire)</i>	<i>Suprarégional (quaternaire)</i>
1) Couverture populationnelle (Cette responsabilité s'additionne à chacun des niveaux)				
	Territoire de proximité	La région	RUIS	Province ou interRUIS
2) Hiérarchisation de services (expertise)				
A. Niveau de services	I Services de 1 ^{ère} ligne	II Services de 2 ^e ligne	III Services de 3 ^e ligne	IV Services de 3 ^e ligne
	Services généraux et spécifiques de lutte contre le cancer. - Prévention et promotion (PQDCS, Plan d'action local en santé publique ; - Services de diagnostic précoce ; - Services d'administration de certains traitements dont la chimiothérapie ¹ ; - Services d'adaptation et de soutien aux différentes étapes de la maladie (services médicaux, soins infirmiers, psychosociaux, inhalothérapie, nutrition, soutien à domicile, soins palliatifs).	Services généraux et spécialisés, dont expertise et conseil pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et cancers hématologiques. - Services de dépistage, confirmation du diagnostic et traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ; - Services d'adaptation et de soutien spécialisés ; - Services de réadaptation spécialisés (ex : rééducation vocale post laryngectomie).	Services surspécialisés offerts sur référence. Services de consultation de diagnostic et traitements surspécialisés et complexes (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, greffe de moelle).	Services surspécialisés offerts sur référence. Services de consultation de diagnostic et traitements surspécialisés et complexes des cas rares définis par le MSSS ou table interRUIS (ex : chimio phase I ou développement de nouvelles technologies chirurgicales) ² .
B. Les ressources				
➤ Humaines	Équipe interdisciplinaire d'intervenants de première ligne avec compétences professionnelles générales et diversifiées.	Équipe interdisciplinaire d'intervenants spécialisés avec expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu.	Équipe interdisciplinaire dédiée à un siège tumoral. Équipes d'intervenants ayant une expertise dans un champ d'intervention de pointe ou une problématique spécifique. Fonctionnement en équipe avec disponibilités de plusieurs journées par semaine de services cliniques dédiés à un siège tumoral. L'équipe doit être composée en partie de chirurgien, d'oncologue médical, de radio oncologue dont l'activité clinique en matière de lutte contre le cancer est dédiée majoritairement au siège de cancer.	Équipe interdisciplinaire pour services complexes reliés un siège tumoral ou problématique complexe. Fonctionnement en équipe fournissant disponibilité continue de services cliniques dédiés à un siège tumoral. L'équipe doit être composée en partie de chirurgien, d'oncologue médical, de radio oncologue dont l'activité clinique ou académique en matière de lutte contre le cancer est presque entièrement dédiée au siège de cancer (70 % et plus). Services cliniques disponible en tout temps.

Direction de la lutte contre le cancer
www.msss.gouv.qc.ca/cancer

Mandat / Responsabilité	Local / de base	Régional	Suprarégional (tertiaire)	Suprarégional (quaternaire)
→ Fonction pivot. → Fonction soutien.	Fonction intégrée à l'intérieur de l'équipe. Fonction intégrée à l'intérieur de l'équipe.	Fonction intégrée à l'intérieur de l'équipe. Fonction intégrée à l'intérieur de l'équipe.	Pour les problématiques spécifiques, des membres de l'équipe devront consacrer la majorité de leur temps à cette problématique. Fonction pivot par siège. Équipe soutien dédiée par siège tumoral ou par programme (ex : oncogériatrie).	Pour les problématiques spécifiques, des membres de l'équipe devront consacrer la majorité de leur temps à cette problématique. Fonction pivot par siège. Équipe soutien dédiée par siège tumoral ou par programme (ex : oncogériatrie).
► Matérielles	Infrastructures et technologies légères.	Infrastructures particulières et technologies diagnostiques ou thérapeutiques lourdes mais répandues.	Infrastructures de pointe. Équipements surspécialisés ou très coûteux.	Infrastructures de pointe. Équipements surspécialisés ou très coûteux.
C. Enseignement, recherche, formation				
	Accès à un Comité des thérapies du cancer (CTC).	CTC présent et accessible aux professionnels des services de 1 ^{re} ligne. Formation continue au niveau de la région. Recherche clinique.	CTC par siège et accessible aux professionnels des autres niveaux de services. Responsabilité en enseignement universitaire pour le cancer (formation générale pré et post gradué pour médecin, infirmière, pharmacien). Recherche clinique, évaluative et fondamentale ; obligation de 2 types de recherche dans certains aspects du continuum.	CTC par siège et accessible aux professionnels des autres milieux œuvrant dans le siège du cancer. Responsabilité en enseignement et en formation universitaire dans le siège du cancer, formation de résidents, Fellowship reconnu par le Collège Royal comme par exemple chirurgie-onco, hémato-onco, radio-onco. Obligation des 3 types de recherche dans plusieurs aspects du continuum incluant évaluation des technologies.
3) Intégration de services (accessibilité et continuité)				
	Participe aux activités du réseau. S'assure de mettre à contribution l'ensemble des ressources du réseau local et de garantir l'accès aux services de 2 ^e et 3 ^e ligne.	Rôle d'animation du réseau et responsabilité de formation, supervision, soutien, évaluation (FSSE), ce de concert avec l'Agence Retourne les personnes vers leur milieu de vie naturel avec les arrimages requis, tient les intervenants de 1 ^{re} ligne informés sur les services offerts aux personnes à l'intérieur de l'épisode de soins ou de l'événement qui a suscité le recours aux services de deuxième ligne.	Rôle FSSE en fonction du champ d'expertise. Retourne les personnes vers leur milieu de vie naturel avec les arrimages requis, tient les intervenants de 1 ^{re} ligne ou de 2 ^e ligne requis informés sur les services offerts aux personnes à l'intérieur de l'épisode de soins ou de l'événement qui a suscité le recours aux services de troisième ligne.	Rôle FSSE en fonction du type de cancer ou champ d'expertise. Retourne les personnes vers leur milieu de vie naturel avec les arrimages requis, tient les intervenants de 1 ^{re} ligne ou de 2 ^e ligne requis informés sur les services offerts aux personnes à l'intérieur de l'épisode de soins ou de l'événement qui a suscité le recours aux services de troisième ligne.

Direction de la lutte contre le cancer
www.msss.gouv.qc.ca/cancer

Mandat / Responsabilité	Local / de base	Régional	Suprarégional (tertiaire)	Suprarégional (quaternaire)
	Exemples de modalités : - Ententes avec cliniques radiologiques ou hôpitaux pour services diagnostics ; - Ententes avec cliniques spécialisées ou hôpitaux pour confirmation de diagnostic ou prescription de traitement ; - Ententes avec pharmacies communautaires ou CH pour ajustement médication ; - Protocoles de traitement communs au sein du territoire.	Exemples de modalités : - Suivi systématique des clientèles ; - Standardisation des interventions (protocoles de traitements communs au sein du territoire) ; - Ententes et corridors de services entre 1 ^{re} et 2 ^e et 3 ^e ligne ; - Standardisation des mécanismes de référence ; - Standardisation du matériel informationnel.		
➤ Délais	Des critères de délais sont en cours de développement et de validation actuellement et chacun des niveaux aura la responsabilité de les respecter en particulier aux niveaux 3 et 4 (ex : critères d'urgence : délai de 2 semaines avec spécificité par siège ; critères électifs : délai 4 semaines défini selon trajectoire DLCC).			

¹ Niveau de spécialisation de la chimiothérapie :

a. Niveau I

- La chimiothérapie de base comprend les traitements en utilisation courante, au minimum les protocoles de chimiothérapie requis par une personne atteinte des cancers du sein, poumon, colorectal et prostate. Ceci comprend la possibilité de poser des cathéters centraux et de préparer les solutions pour administration de la chimiothérapie en continu. Le traitement des cancers hématologiques (lymphome, myélome multiple, leucémies chroniques) peut s'administrer dans les CSSS après prescription par un hématologue et sous sa surveillance.
- L'administration des agents de chimiothérapie requiert une formation de la part des membres de l'équipe.
- Pour l'administration de la chimiothérapie, il doit y avoir sur place un médecin, pharmacien, infirmières qualifiées ainsi que le matériel nécessaire pour pouvoir traiter toute complication aigue. Un centre pourrait faire préparer sa chimiothérapie par un autre centre en respectant les normes en vigueur.
- La décision de traiter et le choix du protocole doit être prise par un oncologue (médecins avec expertise en oncologie). Dans certains CSSS, il y a présence de spécialistes sur place et l'éventail des services offerts pourrait donc être plus diversifié.

b. Niveau II, III, IV

- Chimiothérapie incluant les traitements des lymphomes agressifs, des leucémies aiguës.
- Les cas jugés complexes et les patients à risque de développer un syndrome de lyse tumorale ou des complications graves suite à leur traitement devraient faire l'objet d'une surveillance accrue et avoir accès à une équipe de pointe. Il en est de même pour les cas de cancers du poumon avec complication.
- Les niveaux II, III et IV peuvent participer aux essais cliniques de chimiothérapie.
- Les traitements de phase I sont généralement réservés aux équipes suprarégionales de niveau 3 ou 4.

² Tel que cancer ophtalmique, base du crâne nécessitant une équipe multidisciplinaire de chirurgie (plasticien, neurologue) ou tumeur neurologique. Pour la pédiatrie : greffe de cellules souches, tumeur nécessitant une reconstruction et adaptation majeure (ex : tumeur musculo-squelettique), tumeur cérébrale pédiatrique, traitement de la carcinomatose péritonéale.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN, *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mise à jour 2009-2012*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 364 p.

ANDRIOLE, GL, et al., 2009, « Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screeningtrial ». *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 13, p. 1310-1319.

ARMSTRONG, B. et al., 1994, « Lung Cancer Mortality and Polynuclear Aromatic Hydrocarbons : A Case-cohort Study of Aluminium Production Workers in Arvida, Quebec, Canada », *American Journal of Epidemiology*, vol. 139, n° 3, p. 250-262.

BLAIS, J., S., CÔTÉ et G. PINEAU, 2009, « Prévention du cancer : Le rôle de l'alimentation, de l'activité physique et de la gestion du poids », *MedActuel*, juin, p. 27-31.

BOUCHER, Pierre et Henri BEAUREGARD, 2010, *Les coûts économiques du cancer au Québec, en 2008*, Montréal, Coalition Priorité Cancer au Québec, 43 p.

DUMONT, Serge, 1996, « La recherche en oncologie psychosociale », *Service social*, vol. 45, n° 3, p. 77-90.

DUPONT, M.A., R. PAMPALON et D. HAMEL, 2005, *Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.

FONDS MONDIAL DE RECHERCHE CONTRE LE CANCER, 2007, *Alimentation, nutrition, activité physique et prévention du cancer : une perspective mondiale*, Washington D.C., AICR, 17 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2010, *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec, Collection politiques publiques et santé*, Québec, 100 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2009, *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2008, *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*, Rapport du comité scientifique constitué par l'Institut national de santé publique du Québec, 72 p. et annexes.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2005, *Le Radon au Québec : Évaluation du risque à la santé et analyse critique des stratégies d'intervention*, Document synthèse, Québec, 19 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2003, *Épidémiologie des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec*, Québec, 73 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2003, *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Direction système de soins et services, 33 p.

JUDEK S., et al., 2004, *Estimation de la surmortalité causée par la pollution atmosphérique au Canada*, Santé Canada et Environnement Canada, 30 août.

KOGEVINAS, M., N. PEARCE et al., 1997, *Social Inequalities and Cancer*, Lyon, International agency for research on Cancer, 397 p.

LAVOUÉ, J., GÉRIN, M., COTÉ, J., LAPOINTE, R., 2007, « Mortality and Cancer Experience of Quebec Aluminum Reduction Plant Workers. Part I – The Reduction Plants and Coal Tar Pitch Volatile (CTPV) Exposure Assessment », *JOEM*, 49, p. 997-1008.

MAKOMASKI ILLING, E.M., et M.J., KAISERMAN, 2004, « Mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1998 », *Revue canadienne de santé publique*, 25, 1 : 38-44.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Programme québécois de lutte au cancer – Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, 185 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2007, *Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer*, Québec, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003, *Fichier des tumeurs du Québec (Système J65), Guide d'utilisation*, révision septembre, Québec, 121 p.

Pope III, CA *et al.*, 2002, “Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Longterm Exposure to Fine Particulate Air Pollution”, *JAMA*, vol. 287, n° 9, p. 1132-1141.