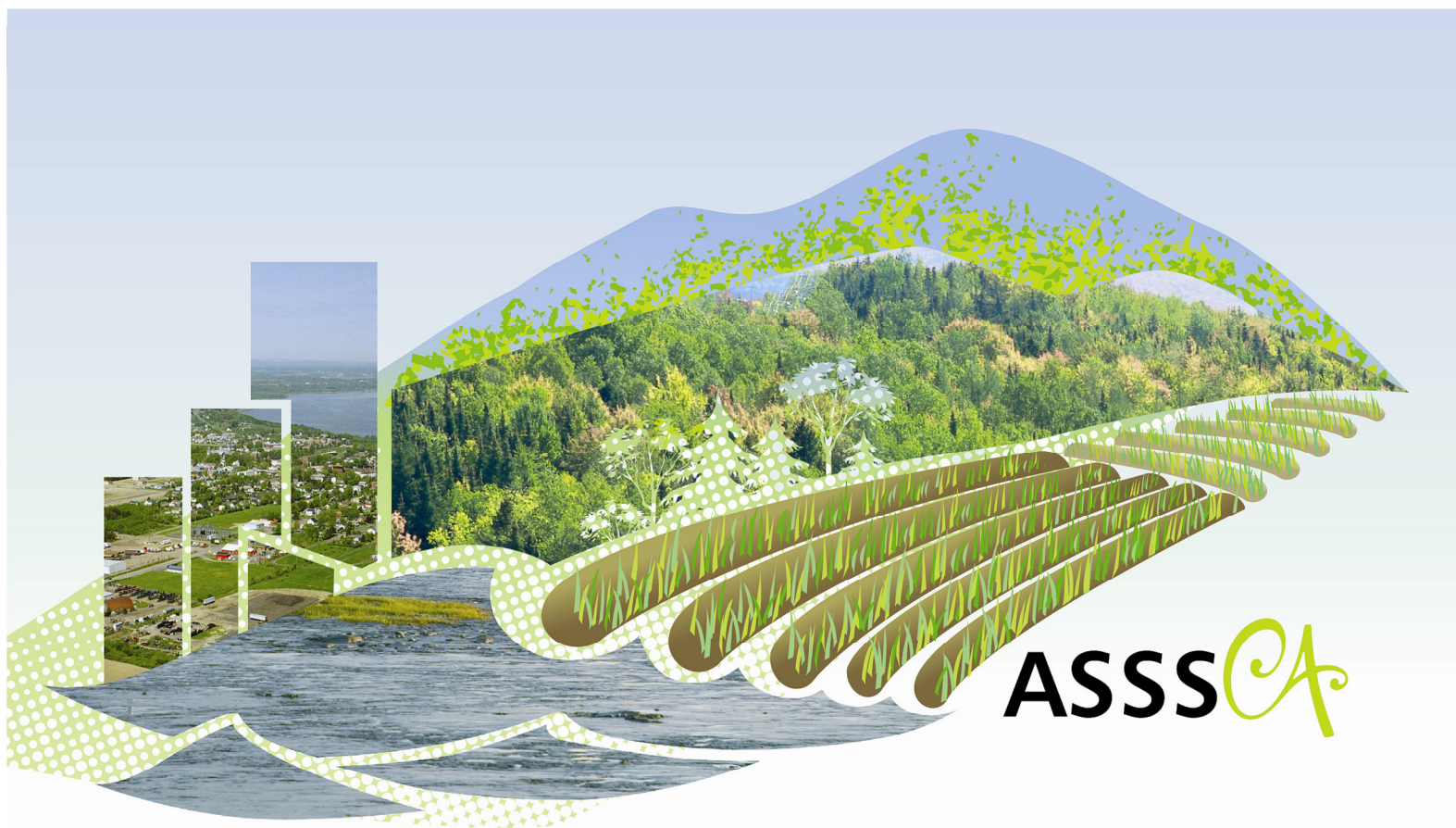




**PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE
LUTTE CONTRE LE CANCER
EN CHAUDIÈRE-APPALACHES
2013-2018**

Québec 

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES 2013-2018

Novembre 2013

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

Rédaction :

*Docteur Jacques Bachand, directeur régional de la lutte contre le cancer

*Madame Marie-Noëlle Vallée, répondante régionale du programme québécois de lutte contre le cancer

Direction régionale de la lutte contre le cancer

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Madame Annie Bourassa, chef d'équipe surveillance

*Docteure Marie-Josée Drolet, médecin spécialiste en santé communautaire

Monsieur François Léveillé, technicien en recherche psychosocial

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

*Madame Josée Rivard, directrice générale adjointe au développement clinique, CSSSAD

Collaboration spéciale :

*Monsieur Luc Auger, directeur des réseaux de soins et de services aux enfants et aux adultes, CSSSRT

Madame Dyane Benoît, directrice générale adjointe à la coordination des services, planification de main d'oeuvre et à l'innovation clinique, ASSSCA

*Madame Liliane Bernier, directrice du réseau santé physique : médecine et lutte au cancer, CSSSAD

*Madame Nancy Catellier, directrice du programme santé physique spécialisé, CSSSB

Docteur Bernard Lefebvre, directeur adjoint des services professionnels, CSSSAD

Docteur Philippe Lessard, directeur de santé publique, ASSSCA

*Madame France Nicole, directrice du programme de santé physique, CSSSML

*Monsieur Yves Roy, directeur des soins infirmiers et des programmes santé physique, services généraux et soutien à l'autonomie aux personnes âgées (SAPA), volet hébergement, CSSSE

* également membres du comité régional de coordination en cancérologie (CRCC)

Mise en page :

Mesdames Kathy Boulet, Lise L'Heureux et Catherine Nadeau

Le *Plan d'action régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2013-2018* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

418 386-3363

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencecsss12.gouv.qc.ca

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Numéro d'ISBN 978-2-89548-769-2 (Version imprimée)

Numéro d'ISBN 978-2-89548-770-8 (Version électronique)

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013

REMERCIEMENTS

Nous adressons des remerciements particuliers aux membres du comité régional de lutte contre le cancer à tous les collaborateurs pour leur participation à la réalisation du *Plan d'action régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2013-2018*. Leur implication soutenue et leurs commentaires judicieux auront contribué à rendre ce document significatif pour notre région.

De plus, nos remerciements sont dédiés à toutes les personnes rencontrées lors des consultations régionales. Ces consultations ont favorisé des échanges constructifs relativement au Plan d'action présenté dans ce document. De plus, elles ont permis aux intervenants et aux professionnels des milieux respectifs de réaffirmer leurs préoccupations et réalités en matière de lutte contre le cancer.

Finalement, la réalisation de ce document a représenté un travail laborieux de minutie et de rigueur. Nous adressons un merci particulier pour la haute qualité du travail de secrétariat à mesdames Kathy Boulet, Lise l'Heureux et Catherine Nadeau.

Membres du Comité régional de coordination en cancérologie (CRCC)*

*Monsieur Luc Auger, directeur des réseaux de soins et de services aux enfants et aux adultes, CSSSRT

*Docteur Jacques Bachand, directeur régional des affaires médicales et universitaires et à l'innovation clinique, ASSSCA

*Madame Liliane Bernier, directrice du réseau santé physique : médecine et lutte au cancer, CSSSAD

Madame Chantal Breton, chef du département de pharmacie, CSSSAD

Madame Nicole Caron, directrice des soins infirmiers et de la qualité, CSSSB

*Madame Nancy Catellier, directrice du programme santé physique spécialisé, CSSSB

*Docteure Marie-Josée Drolet, médecin spécialiste en santé communautaire

Madame Mélanie Giguère, Service d'entraide Breakeyville

Monsieur Steve Gormley, directeur du programme de santé physique et sociale générale, CSSSB

Madame Lily Lessard, professeure au département des sciences infirmières de l'UQAR

*Madame France Nicole, directrice du programme de santé physique, CSSSML

Madame Sylvie Nolet, directrice générale adjointe aux communications et au développement des communautés, CSSSAD

*Madame Josée Rivard, directrice générale adjointe au développement clinique, CSSSAD

Madame Nathalie Roussin, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, CSSSRT

*Monsieur Yves Roy, directeur des soins infirmiers et des programmes santé physique, services généraux et soutien à l'autonomie aux personnes âgées (SAPA), volet hébergement, CSSSE

Madame Claudette Taschereau, Groupe d'accompagnement Jonathan inc.

Docteure Annie Tremblay, directrice des services professionnels, CSSSML

*Madame Marie-Noëlle Vallée, répondante régionale du programme québécois de lutte contre le cancer

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	III
LISTE DES SIGLES	IV
INTRODUCTION.....	7
1. PROFIL DE LA RÉGION.....	8
1.1 STATISTIQUES GÉNÉRALES SUR LE CANCER	8
1.1.2 Les hospitalisations.....	11
1.1.3 La rétention.....	11
1.1.4 La mortalité.....	12
1.2 STATISTIQUES SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	14
2. STRUCTURE DE GOUVERNANCE RÉGIONALE	16
2.1 MANDAT DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE CANCÉROLOGIE	19
2.2 MANDAT DU COMITÉ STRATÉGIQUE INTÉGRÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER	19
2.3 MANDAT DU COMITÉ RÉGIONAL DE CONCERTATION	19
2.4 MANDAT DU COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION	20
2.5 MANDATS DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE	20
2.6 MANDATS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ RÉGIONAUX	21
2.7 MANDATS DU CENTRE RÉGIONAL INTÉGRÉ EN CANCÉROLOGIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	21
3. ÉTAT DE SITUATION EN CANCÉROLOGIE EN CHAUDIÈRE- APPALACHES	22
3.1 MÉTHODOLOGIE	22
3.2 BILAN DE LA TOURNÉE RÉGIONALE SELON LES PRIORITÉS DU MSSS.....	22
3.2.1 Priorité 1 du MSSS : Des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population	23
3.2.2 Priorité 2 du MSSS : L'intervention précoce contre le développement du cancer.....	23
3.2.3 Priorité 3 du MSSS : L'accessibilité des soins et des services.....	25
3.2.4 Priorité 4 du MSSS : La qualité des soins et des services.....	25
3.2.5 Priorité 5 du MSSS : Le fonctionnement en réseau.....	25
3.3 CENTRE RÉGIONAL INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	25
4. PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER - LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2013-2018	27
5. LES CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION.....	31
5.1 LA MOBILISATION	31
5.2 UNE IMPLANTATION PROGRESSIVE DES CHANGEMENTS	31
5.3 UN PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET DES PLANS D'ACTION LOCAUX PARTAGÉS FORMANT UN CONSENSUS	31
5.4 L'UTILISATION EFFICACE DES MOYENS TECHNOLOGIQUE POUR COMMUNIQUER ET ÉCHANGER L'INFORMATION.....	31
5.5 UN APPUI FINANCIER ADÉQUAT EN RESSOURCES HUMAINES ET LOGISTIQUE	31
ANNEXE 1 – PLAN D'ACTION EN CANCÉROLOGIE DE LA DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE - ÉTAT DE SITUATION DE LA RÉGION 12.....	36
PRIORITÉ 1 : DES SOINS ET DES SERVICES AXÉS SUR LES BESOINS DES PATIENTS ET DE LA POPULATION.....	36
Objectif 1.1 - Assurer la prise en compte du point de vue des personnes touchées par le cancer	36

Objectif 1.2 - Offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer.....	37
Objectif 1.3 - Soutenir les intervenants de première ligne.....	39
PRIORITÉ 2 : L'INTERVENTION PRÉCOCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER	40
Objectif 2.1 - Accentuer la prévention du cancer.....	40
Objectif 2.2 - Favoriser la détection des cancers dès les premiers stades de leur développement.....	47
PRIORITÉ 3 : L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	48
Objectif 3.1 - Améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic	48
Objectif 3.2 - Assurer un accès approprié aux traitements	48
Objectif 3.3 - Assurer l'accès aux soins et aux services le plus près possible du lieu de résidence	49
PRIORITÉ 4 : LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	49
Objectif 4.1 - Poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et des services sur tous les plans.....	49
Objectif 4.2 - Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins.....	50
Objectif 4.3 - Soutenir l'évolution des pratiques selon les données probantes.....	50
Objectif 4.4 - Accroître la disponibilité de l'information clinique tout au long du parcours thérapeutique.....	51
Objectif 4.5 - Encourager la formation et le maintien des compétences.....	52
Objectif 4.6 - Favoriser le développement de la recherche.....	52
PRIORITÉ 5 : LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU	53
Objectif 5.1 - Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)	53
Objectif 5.2 - Développer l'offre de soins et de services dans une approche concertée et coordonnée en suivant des normes de qualité	53
Objectif 5.3 - Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ.....	55
Objectif 5.4 - Suivre les progrès de la lutte contre le cancer au Québec	55
Objectif 5.5 - Maintenir les liens avec les organismes canadiens et internationaux impliqués dans la lutte contre le cancer.....	56

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 1 - ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ET DU TAUX D'INCIDENCE DE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES, DE 1984-1988 À 2006-2010	8
FIGURE 2 - AUX D'INCIDENCE DE CANCER CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES EN CHAUDIÈRE-APPALACHES ET AU QUÉBEC, DE 2006 À 2010	9
FIGURE 3 - RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS DE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES, DE 2006 À 2010	10
FIGURE 4 - ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU TAUX DE DÉCÈS PAR CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES, DE 1981-1985 À 2005-2009	12
FIGURE 5 - TAUX DE DÉCÈS PAR CANCER CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES EN CHAUDIÈRE-APPALACHES ET AU QUÉBEC, DE 2005 À 2009	13
FIGURE 6 - RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES, DE 2005 À 2009	13
FIGURE 7 : ORGANIGRAMME DE LA GOUVERNE RÉGIONALE EN CANCÉROLOGIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	17
TABLEAU 1 - NOMBRE ANNUEL MOYEN ET TAUX D'INCIDENCE DE CANCER CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES POUR LES TERRITOIRES DE RÉSIDENCE, DE 2006 À 2010	10
TABLEAU 2 - NOMBRE ANNUEL MOYEN ET TAUX D'HOSPITALISATIONS POUR L'ENSEMBLE DES CANCERS, AVRIL 2007 À MARS 2012	11
TABLEAU 3 - PROPORTION DES HOSPITALISATIONS POUR L'ENSEMBLE DES CANCERS DES RÉSIDANTS DE LA RÉGION SELON LA RÉGION D'HOSPITALISATION, AVRIL 2007 À MARS 2012	12
TABLEAU 4 - TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES EN CHAUDIÈRE-APPALACHES ET AU QUÉBEC, DE 2005 À 2009	14
TABLEAU 5 - HABITUDES DE VIE ET SURPLUS DE POIDS, SELON LE SEXE ET LE TERRITOIRE DE RÉSIDENCE, 2009-2010	15
TABLEAU 6 : PRIORITÉS POUR LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER	28

LISTE DES SIGLES

ACRONYME	NOM COMPLET
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSCA	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
CA	Chaudière-Appalaches
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSR	Centres de coordinations des services régionaux
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHU de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIC	Centre intégré de cancérologie
CLSC	Centre local de services communautaires
CRIC	Centre régional intégré en cancérologie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAD	Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins
CSSSB	Centre de santé et de services sociaux de Beauce
CSSSE	Centre de santé et de services sociaux des Etchemins
CSSSML	Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet
CSSSRT	Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DCI	Dossier clinique informatisé
DPE	Dossier patient électronique
DQC	Direction québécoise de cancérologie
DSI	Direction ou directeur/trice des soins infirmiers
DSP	Direction ou directeur/trice des services professionnels (réf. page 12)
DSP	Direction de santé publique
DSPE	Direction de la santé publique - Environnement
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
IPO	Infirmière-pivot en oncologie
IPSO	Infirmière praticienne spécialisée en oncologie
MDDEFP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports
MMS	Maison Michel-Sarrazin
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ODD	Outil de dépistage de la détresse psychologique
PAL	Plans d'action locaux
PAQ	Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie
PAR	Plans d'action régionaux
PDG	Président-directeur général
PIC	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PPSS	Promotion, prévention en services de santé
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

ACRONYME	NOM COMPLET
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RQC	Registre québécois du cancer
RSOSi	Recherche de sang occulte dans les selles
RSSSS	Réseau des services de santé et des services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SE	Santé environnement
SHV	Saines habitudes de vie
UV	Ultra-violet
VPH	Virus du papillome humain

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, la région de la Chaudière-Appalaches œuvre à la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* (1998), lesquels principes ont permis d'établir les fondements d'un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer au Québec. Le 1^{er} avril 2004, l'Agence de la santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches a déposé son *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches- plan d'action régional 2004-2007*. Ce plan d'action a été une étape significative dans l'implantation du programme et a jeté les bases régionales en matière de lutte contre le cancer pour répondre aux besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

En 2010, le Directeur de santé publique publiait *Le Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*¹. Ce rapport émanait d'une collaboration étroite avec la direction de l'organisation des services de l'agence et d'une vaste consultation avec des partenaires du réseau de la santé et intersectoriels. Ce rapport énonce un certain nombre de recommandations pour la période 2010-2015² quant aux actions à prioriser en matière de promotion et prévention, non seulement en amont (auprès de la population en santé) mais aussi à toutes les étapes du continuum de soins et de services en cancer, auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches et les personnes en rémission.

Devant l'ampleur des défis, la région de la Chaudière-Appalaches a fait du cancer l'une de ses priorités. Le 7 juin 2013, le MSSS annonçait le début des travaux pour la mise en place du Centre régional intégré de cancérologie de Chaudière-Appalaches. Cette nouvelle d'envergure offre l'opportunité de réviser les modalités dans la trajectoire de soins et des services, soit la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement, le soutien, les soins palliatifs ainsi que la formation et la recherche.

Pour répondre aux besoins de la population et aux exigences fixées par la Direction québécoise du Cancer par l'entremise du *Plan directeur en cancérologie*, la Direction générale adjointe à la coordination des services, la planification de main d'œuvre et à l'innovation clinique, en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches et les représentants des différents CSSS, propose dans ce document le portrait de la région en matière de lutte au cancer ainsi que les actions régionales qui devraient être priorisées pour les années 2013 à 2018.

¹ Le Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble est disponible à l'adresse suivante : <http://agencesss12.riq.qc.ca/index.php?id=4>

² Pour un résumé de la situation, veuillez consulter le document Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : prévenir les cancers tous ensemble à l'adresse suivante : http://agencesss12.riq.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/documents/RSSSS_priorite_dsp_cancer2010.pdf

1. PROFIL DE LA RÉGION

1.1 Statistiques générales sur le cancer

La région de la Chaudière-Appalaches comporte cinq territoires de réseaux locaux de services sous la responsabilité des CSSAD, CSSML, CSSSE, CSSSB et CSSRT.

En 2011, la population est estimée à 407 775 personnes. D'ici 2025, la population de la région passera à 429 777, soit une augmentation de 5,4 %, alors que le Québec dans son ensemble connaîtra une croissance de 8,7 %.

Toutefois, dans la région, la population de 70 ans et plus connaîtra une croissance plus rapide atteignant un taux de 18,4 % en 2025, alors que dans l'ensemble du Québec, cette tranche d'âge représentera 16,6 % de la population québécoise. Cet aspect aura une incidence certaine sur le nombre de cancers à traiter dans la région au cours des prochaines années. De plus, la population rurale est deux fois plus importante que pour l'ensemble du Québec (42 % par rapport à 20 %), ce qui influence l'organisation des services.

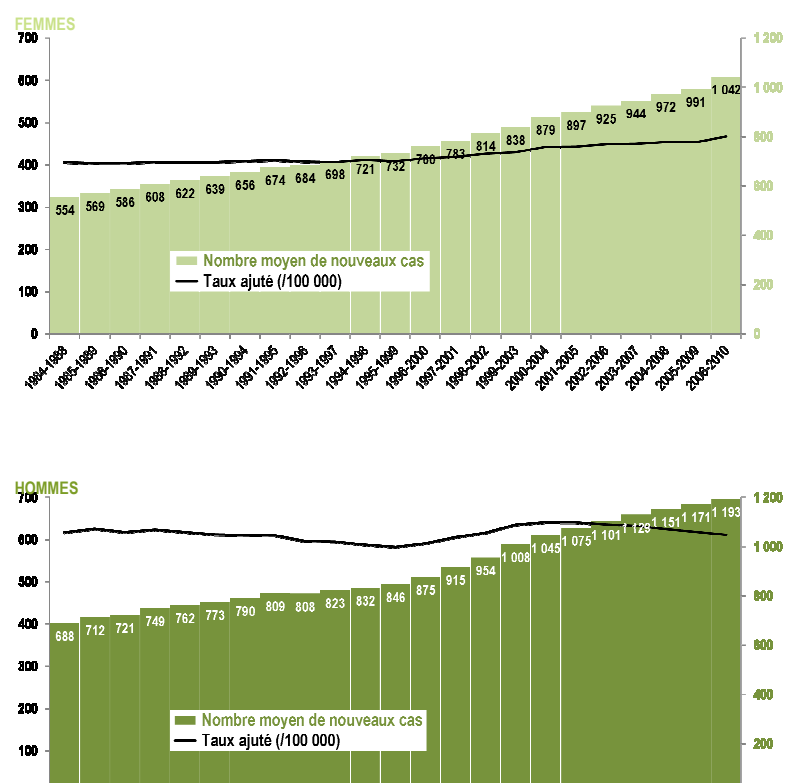
La Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a publié, en octobre 2010, un recueil statistique qui inclut des données d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité pour les 4 principaux types de cancers dans chacun des 5 CSSS de la région ainsi que les habitudes de vie pour la région Chaudière-Appalaches³.

Le cancer est un problème de santé publique important dans la région.

1.2 L'incidence

Le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année, appelés *incidence*, est une mesure importante pour juger du fardeau du cancer dans la population et sur le système de santé et de services sociaux.

Figure 1 - Évolution du nombre de nouveaux cas et du taux d'incidence de cancer en Chaudière-Appalaches, de 1984-1988 à 2006-2010



³ Pour les données épidémiologiques, veuillez consulter *Le recueil statistique* à l'adresse suivante (le document est téléchargeable et imprimable) http://agencesss12.rq.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/documents/Recueil_statistique_cancer.pdf

En moyenne, on estime que plus de 2 200 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en Chaudière-Appalaches chaque année (en excluant le cancer de la peau autre que le mélanome), et ce, pour la période de 2006 à 2010. Entre 1984 et 2010, le nombre de nouveaux cas a augmenté régulièrement, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les deux sexes, on compte environ 250 cas de plus par année, entre la période allant de 2001 à 2005 et la période de 2006 à 2010.

Plus d'hommes que de femmes sont atteints du cancer : 53 % de tous les cancers sont diagnostiqués chez les hommes, soit près de 1 200 nouveaux cas par année, et 47 % chez les femmes, soit environ 1 000 nouveaux cas par année.

De façon générale, l'augmentation des nouveaux cas serait principalement due à la croissance démographique et au vieillissement de la population. Les habitudes de vie, telles que le tabagisme, peuvent aussi influencer ces données⁴.

Le risque de développer un cancer est 1,3 fois plus grand pour les hommes que pour les femmes. L'analyse dans le temps des taux d'incidence ajustés permet d'observer ce que seraient les taux annuels si la structure d'âge de la population était la même à chaque année. Chez les femmes, une augmentation (↑) des taux est observée. Par contre, chez les hommes, les taux diminuent (↓).

Des analyses préliminaires suggèrent que l'augmentation (↑) du taux chez les femmes est attribuable à certains cancers, dont le cancer du poumon et, dans une mesure moindre, le cancer de la thyroïde. La baisse (↓) du taux chez les hommes est attribuable principalement aux cancers du poumon et de la prostate.

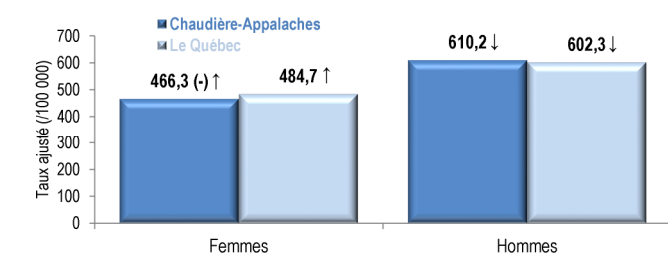
Lorsque comparé au reste du Québec, le taux régional pour l'ensemble des cancers est statistiquement semblable pour les hommes et inférieur (-) pour les femmes.

Le fort nombre de nouveaux cas de cancer est davantage attribuable à certains types qu'à d'autres. Pour les femmes comme pour les hommes, au moins 50 % des nouveaux cas de cancer correspondent à trois types particuliers : les cancers du sein ou de la prostate, selon le sexe, ainsi que les cancers du poumon et colorectal⁵.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, représentant plus du quart de tous les cancers diagnostiqués auprès des femmes de la région de la Chaudière-Appalaches, pour une moyenne annuelle de 270 nouveaux cas. Aussi, comparativement à la période quinquennale précédente, le cancer du poumon est passé au deuxième rang, devant le cancer colorectal.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus répandu chez l'homme, représentant près de 22 % de tous les cancers diagnostiqués auprès des hommes de la région de la Chaudière-Appalaches, soit 257 nouveaux cas en moyenne par année.

Figure 2 - aux d'incidence de cancer chez les femmes et chez les hommes en Chaudière-Appalaches et au Québec, de 2006 à 2010



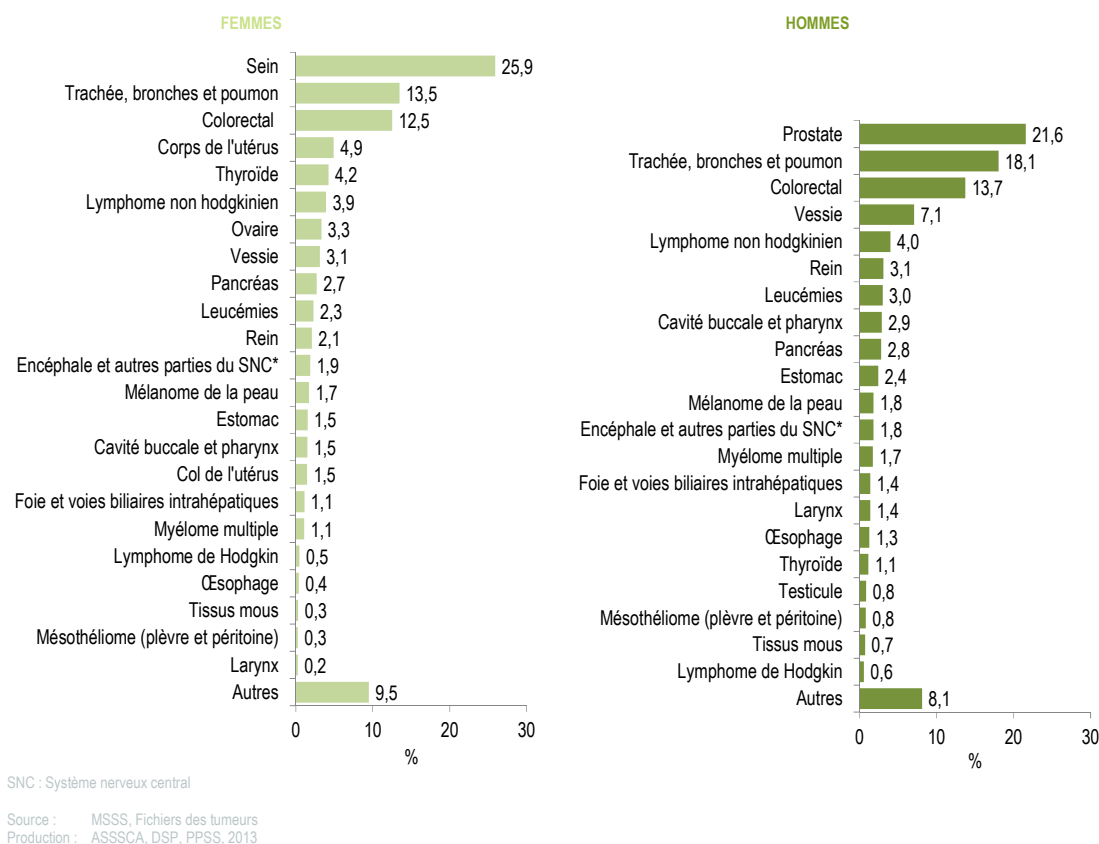
(-) Test statistique montrant une valeur significativement plus faible comparativement à ailleurs au Québec au seuil de 0,05.
 ↑ ↓ Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle de la période précédente, soit de 2001 à 2005, au seuil de 0,05.

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et projections démographiques produites en 2010

⁴ Drolet, M.-J. et L. Tremblay. 2010. Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, s.p. [En ligne] <http://agencesss12.gouv.qc.ca/rapportDSPcancer> (Consulté en septembre 2012).

⁵ Le cancer de la peau est le plus répandu de tous les cancers. Par contre, au Québec, ce type de cancer est mal recensé, ce qui fait que seul le mélanome est mesuré.

Figure 3 - Répartition des nouveaux cas de cancer en Chaudière-Appalaches, de 2006 à 2010



L'analyse par territoire de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) ne révèle qu'une seule variation statistiquement significative entre la période allant de 2006 à 2010 par rapport à la précédente. En effet, la population féminine du RLS de Beauce voit son taux moyen de cancer augmenter (↑), passant de 417,6 à 485,6 par 100 000 femmes. Cette augmentation, est principalement attribuable aux trois cancers les plus fréquents, soit au sein, colorectal et du poumon, qui sont tous en hausse.

Les taux d'incidence de cancer pour les populations de chaque territoire de RLS sont comparés avec ce qui est observé ailleurs dans la région (présentés par les symboles «+» et «-»). Cette analyse spatiale ne montre aucune différence significative entre les populations des territoires de RLS et ailleurs en Chaudière-Appalaches.

Tableau 1 - Nombre annuel moyen et taux d'incidence de cancer chez les femmes et chez les hommes pour les territoires de résidence, de 2006 à 2010

Territoire de résidence	Femmes			Hommes	
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/100 000)		Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/100 000)
Montmagny-L'Islet	122	449,0		155	634,8
Alphonse-Desjardins	550	467,7		601	594,4
Beauce	182	485,6	↑	207	637,5
Etchemins	53	490,0		58	564,4
Région de Thetford	136	445,7		172	643,1
Chaudière-Appalaches	1 042	466,3	(-) ↑	1 193	610,2
Le Québec	20 898	484,7	↑	21 705	602,3

(-) Test statistique montrant une valeur significativement plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison, soit le territoire du RLS comparé avec ailleurs en Chaudière-Appalaches et celui de Chaudière-Appalaches comparé avec ailleurs au Québec.

↑ ↓ Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle de la période précédente, soit de 2001 à 2005, au seuil de 0,05.

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et projections démographiques produites en 2010

Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

1.1.2 Les hospitalisations

Tant chez les femmes que chez les hommes, les taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des cancers sont inférieurs en Chaudière-Appalaches comparativement à ceux d'ailleurs au Québec.

Lorsque les territoires de CSSS sont comparés avec le reste de la région, les taux ajustés d'hospitalisation pour l'ensemble des cancers chez les femmes et chez les hommes sont significativement distincts dans plusieurs territoires, en étant soit supérieurs (+) ou inférieurs (-).

Tableau 2 - Nombre annuel moyen et taux d'hospitalisations pour l'ensemble des cancers, avril 2007 à mars 2012

Territoire de résidence	Femmes			Hommes		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/10 000)		Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/10 000)	
Montmagny-L'Islet	140	51,7		149	58,3	
Alphonse-Desjardins	602	50,1	(-)	606	56,2	(-)
Beauce	222	58,9	(+)	241	70,4	(+)
Etchemins	57	53,3		59	55,5	(-)
Région de Thetford	154	49,3		229	81,9	(+)
Chaudière-Appalaches	1 174	51,9	(-)	1 285	62,4	(-)
Le Québec	23 176	53,3		24 649	65,7	

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (CSSS comparés avec ailleurs en Chaudière-Appalaches et Chaudière-Appalaches comparée avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO et Projections de population, produites en janvier 2010
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

1.1.3 La rétention

La rétention correspond, pour les personnes résidant dans la région, au nombre d'hospitalisations pour le cancer dans la région par rapport au nombre total d'hospitalisations pour le cancer, peu importe le lieu de l'hospitalisation. Il s'agit donc, en quelque sorte, d'observer, pour les gens de Chaudière-Appalaches, dans quelle proportion leurs épisodes d'hospitalisation pour le cancer ont eu lieu dans la région ou ailleurs.

Parmi les hospitalisations pour l'ensemble des cancers des résidents de la région, 66 % étaient dans la région de la Chaudière-Appalaches, 30 % dans la région de la Capitale-Nationale et 4 % dans d'autres régions.

Des disparités sont relevées entre les territoires de CSSS, la proportion d'hospitalisations des résidents du territoire du CSSS Alphonse-Desjardins étant plus faible que pour les résidents d'autres territoires.

Ces données doivent être mises en relation avec l'offre de service, la disponibilité des ressources spécialisées et la proximité avec d'autres régions.

Tableau 3 - Proportion des hospitalisations pour l'ensemble des cancers des résidents de la région selon la région d'hospitalisation, avril 2007 à mars 2012

Territoire de résidence	Région de traitement		
	Chaudière-Appalaches	Capitale-Nationale	Autres
Montmagny-L'Islet	80,5	15,7	3,8
Alphonse-Desjardins	61,2	37,4	1,4
Beauce	66,8	31,0	2,2
Etchemins	74,2	25,1	0,7
Région de Thetford	66,4	19,4	14,2
Chaudière-Appalaches	65,9	30,3	3,8

Source : MSSS, Fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

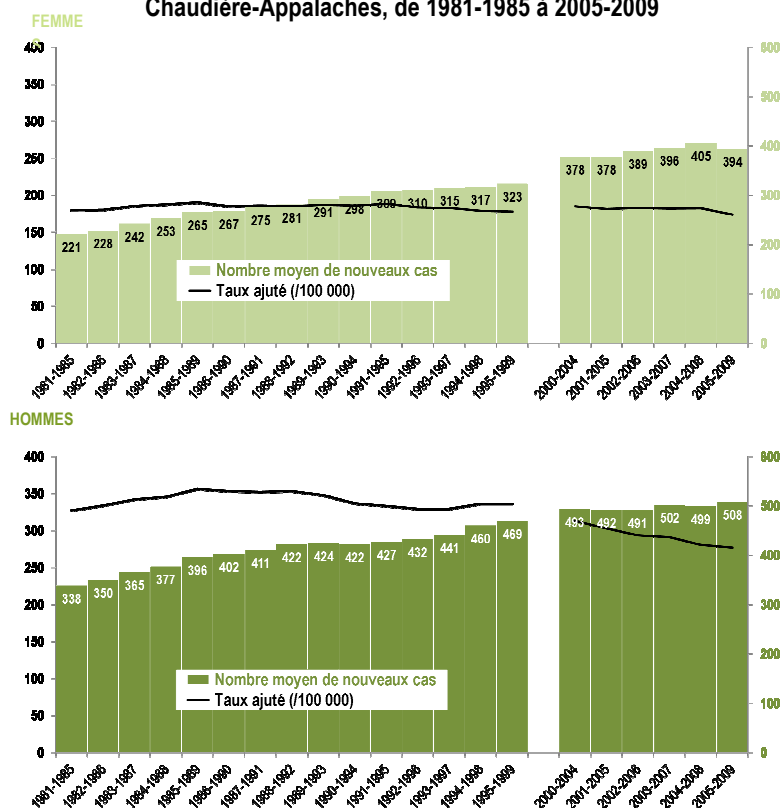
1.1.4 La mortalité

Parmi tous les décès, une personne sur trois meurt des suites d'un cancer.

En moyenne, environ 900 personnes de la région décèdent des suites d'un cancer par année pour la période allant de 2005 à 2009. De façon générale, entre 1981 et 2009, le nombre de décès dus au cancer a augmenté régulièrement, chez les femmes et chez les hommes.

Tout comme pour l'incidence, les hommes sont plus touchés que les femmes : 56 % de tous les décès par cancer surviennent chez les hommes, soit un peu plus de 500 décès par année, et 44 % chez les femmes, soit environ 400 décès par année.

Figure 4 - Évolution du nombre et du taux de décès par cancer en Chaudière-Appalaches, de 1981-1985 à 2005-2009



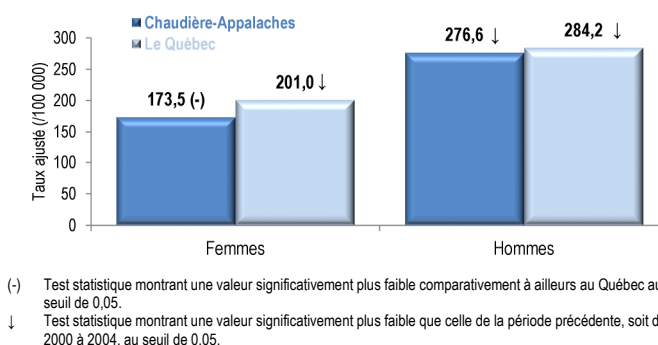
Note : L'adoption de la CIM-10 à partir de l'an 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle.

Sources : MSSS, Fichiers des décès et Estimations et projections démographiques produites en 2010
Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

Bien que le nombre de décès par cancer augmente, les taux de mortalité ajustés diminuent (↓) au Québec, chez les hommes et chez les femmes. En Chaudière-Appalaches, cette diminution (↓), entre les deux périodes quinquennales, soit celle allant de 2005 à 2009 comparée à celle de 2000 à 2004, est statistiquement significative chez les hommes. Une tendance à la baisse, non significative d'un point de vue statistique, est toutefois observée chez les femmes.

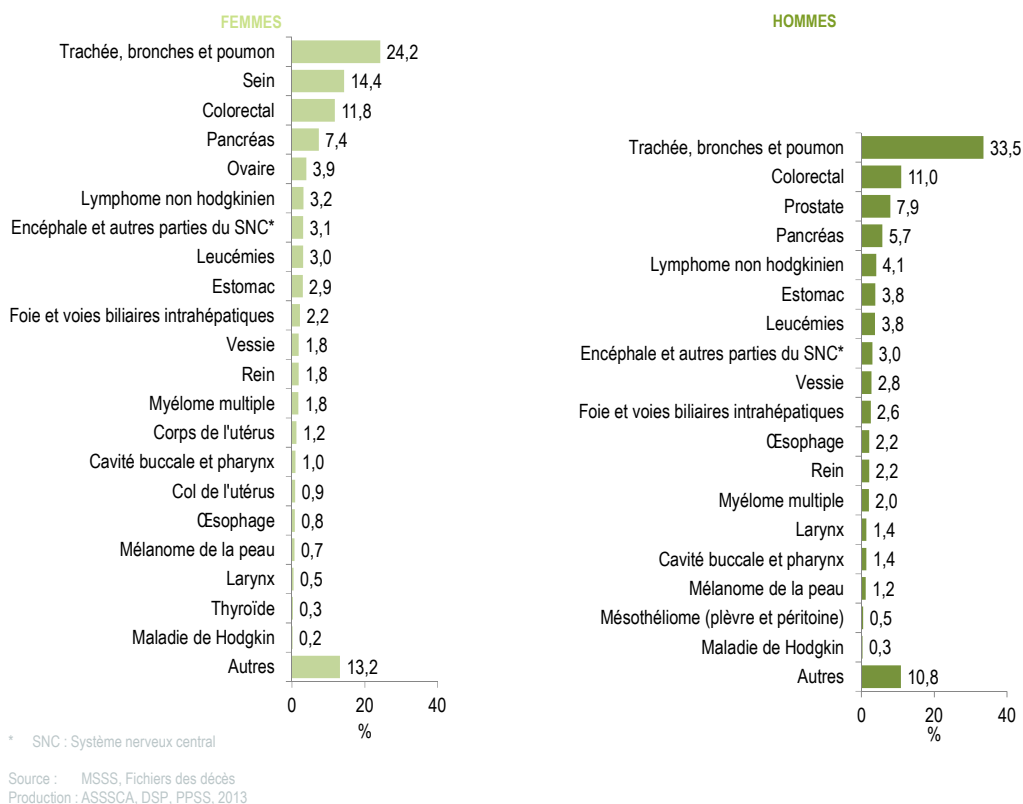
Le risque de décéder par cancer est 1,6 fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

Figure 5 - Taux de décès par cancer chez les femmes et chez les hommes en Chaudière-Appalaches et au Québec, de 2005 à 2009



Le cancer du poumon est, de loin, celui qui cause le plus de décès. Près du quart des décès par cancer chez les femmes, et le tiers chez les hommes, sont associés à ce type de cancer. Le cancer du sein est la deuxième cause

Figure 6 - Répartition des décès par cancer en Chaudière-Appalaches, de 2005 à 2009



chez les femmes, suivi du cancer colorectal. Chez les hommes, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès, le cancer de la prostate arrivant au troisième rang.

Bien que beaucoup moins de cancers du pancréas ne soient diagnostiqués, il arrive au quatrième rang en raison de son faible taux de survie⁶.

Lorsque la période allant de 2005 à 2009 est comparée à la période précédente, une diminution (↓) du taux de mortalité est mesurée chez les hommes du territoire du RLS de Montmagny-L'Islet. De plus, une baisse (↓) statistiquement significative, tant pour les hommes que pour les femmes, est notée dans la population du territoire Alphonse-Desjardins. Comme ces taux tiennent compte d'un ajustement pour le facteur « âge », il importe de se rappeler que cette diminution (↓) n'est pas associée au fait que la population de ce territoire soit moins âgée qu'ailleurs dans la région. Il est difficile d'expliquer ces différences, la mortalité par cancer étant associée à plusieurs facteurs.

Tableau 4 - Taux de mortalité par cancer chez les femmes et chez les hommes en Chaudière-Appalaches et au Québec, de 2005 à 2009

Territoire de résidence	Femmes		Hommes	
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/100 000)	Nombre annuel moyen	Taux ajusté (/100 000)
Montmagny-L'Islet	55	184,7	70	288,9
Alphonse-Desjardins	192	166,5	247	266,9
Beauce	63	167,2	84	276,5
Étchemins	23	203,7	29	290,0
Région de Thetford	61	188,3	78	298,9
Chaudière-Appalaches	394	173,5 (-)	508	276,6
Le Québec	8 804	201,0	9 659	284,2

(-) Test statistique montrant une valeur significativement plus faible comparativement à ailleurs au Québec au seuil de 0,05.
 ↓ Test statistique montrant une valeur significativement plus faible que celle de la période précédente, soit de 2000 à 2004, au seuil de 0,05.

Sources : MSSS, Fichiers des décès et Estimations et projections démographiques produites en 2010
 Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

1.2 Statistiques sur certains déterminants de la santé

Les données sur certains déterminants de la santé comme les saines habitudes de vie peuvent guider les interventions de santé publique pour la prévention des cancers. Toutefois, lorsqu'il semble y avoir une correspondance entre la survenue d'un cancer et un déterminant de la santé, on ne peut présumer hors de tout doute d'un lien de causalité. Il est important de mentionner qu'il existe souvent un intervalle de temps de plusieurs années entre l'exposition à un facteur de risque et l'apparition d'un cancer.

Les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont disponibles par régions administratives (exemple : région de la Chaudière-Appalaches), mais non pour les territoires de CSSS. Les données de l'enquête la plus récente (2009-2010) sont comparées avec celles du Québec. La proportion de fumeurs de la région, âgés de 12 ans et plus, est inférieure à celle ailleurs au Québec : 19 % de la population de la région fait un usage du tabac.

Dans la région, la proportion des personnes n'atteignant pas le niveau d'activité physique est plus élevée que celle d'ailleurs au Québec, s'établissant à 67 % dans la région comparativement à 61 %.

⁶ Bourassa, A., M.-J. Drolet et F. Léveillé. 2013. *La survie suite à un cancer*. Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 4 p. Disponible également par Internet à l'adresse [En ligne] http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/BUL_Survie_13-10-15-SV.pdf.

**Tableau 5 - Habitudes de vie et surplus de poids,
selon le sexe et le territoire de résidence, 2009-2010**

Habitudes de vie	Chaudière-Appalaches		Le Québec
	%	Population estimée	%
Fumeurs (12 ans +)	19 (-)	65 200	23
Ne consomme pas 5 fois par jour fruits et légumes (12 ans +)	44 ns	153 400	48
N'atteint pas le niveau d'activité physique (18 ans +)	67 (+)	212 200	61
Consommation élevée d'alcool (12 ans +)	20 ns	68 600	18
Surplus de poids (18 ans +)	52 ns	163 200	51
- Embonpoint	34 ns	108 600	34
- Obésité	17 ns	54 600	16

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 que celle d'ailleurs au Québec.

ns Test ne montrant aucune différence statistique au seuil de 0,05 entre la valeur de la région et celle d'ailleurs au Québec.

Source : ESCC 2009-2010

Production : ASSSCA, DSP, PPSS, 2013

2. STRUCTURE DE GOUVERNANCE RÉGIONALE

Le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC) prévoit la création d'une organisation de soins et services intégrés et hiérarchisés performante afin de combler les besoins de la population. Il s'appuie sur des principes de coordination (efficacité organisationnelle) et de concertation (expertise clinique) des différents paliers : établissements, agences et ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS), à travers la mise en place du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ).

Le modèle fait appel à 3 principes fondamentaux :

- 1) La hiérarchisation des niveaux de soins et des structures de gouverne, de concertation et de coordination;
- 2) L'association de l'expertise clinique et de gestion;
- 3) L'intégration des outils, des communications et du fonctionnement.

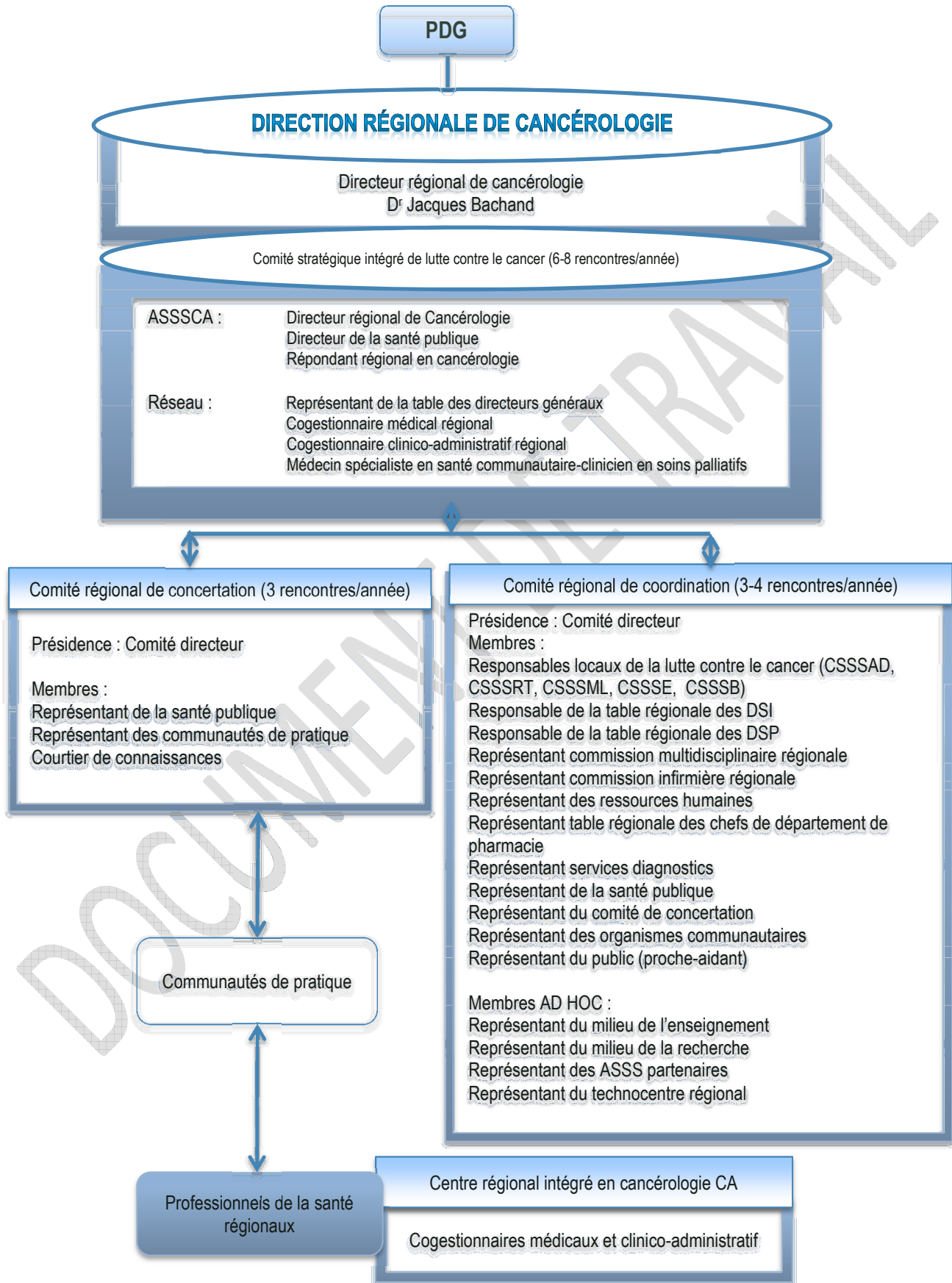
Quelques entités essentielles, mises en place par le DQC, faciliteront le fonctionnement du RCQ et favoriseront la mise en commun des ressources sur le plan national :

- Le comité national de coordination;
- Le comité national de concertation;
- Les comités nationaux dédiés à un siège tumoral ou à une problématique clinique spécifique;
- Les centres intégrés de cancérologie;
- Le comité national des cogestionnaires régionaux en cancérologie;
- Le comité national des répondants régionaux en cancérologie.

Tous les établissements (CSSS, centre régionaux, centre intégrés de cancérologie) devront adopter une gouverne en cancérologie conforme aux normes du PQLC, avec une cogestion médicale et clinico-administrative et une direction imputable. Leurs activités de coordination et de concertation devront être clairement identifiables.

Pour permettre à la région d'atteindre les objectifs ministériels, l'Agence a mis en place une gouverne cohérente et respectueuse des prérogatives de chacun des partenaires qu'elle interpelle. Nous présentons ici la structure de la gouverne de la lutte contre le cancer. La figure 7 propose le modèle pour la région de la Chaudière-Appalaches. Par la suite, chacun des mandats des comités sont expliqués.

Figure 7 : Organigramme de la gouverne régionale en cancérologie de Chaudière-Appalaches



2.1 Mandat de la direction régionale de cancérologie

Assurer la direction et le développement du programme régional de cancérologie en harmonie avec les orientations de l'Agence et du MSSS.

Mandats spécifiques

- Développer et maintenir des mécanismes fonctionnels de continuité entre le programme de cancérologie et les autres programmes et structures de l'Agence et du MSSS;
- Formaliser les corridors de service intra et interrégionaux;
- Assurer un soutien à la coordination des activités du comité de coordination et du comité de concertation.

2.2 Mandat du comité stratégique intégré de lutte contre le cancer

Agir comme instance de coordination et piloter le suivi des projets et des décisions de la direction régionale, du programme de cancérologie régional dans le respect des orientations régionales et provinciales. À tout moment, le Comité stratégique peut inviter des experts de contenu selon les sujets et priorités traitées.

Mandats spécifiques

- S'assurer du développement et du fonctionnement du programme de cancérologie en harmonie avec les orientations régionales et provinciales;
- Recommander les priorités du programme régional en lien avec les priorités provinciales;
- Discuter et recommander les projets et activités des comités régionaux en cancérologie;
- Assurer la coordination de l'offre de soins et services au sein de la région;
- Assurer le suivi des différents projets locaux et régionaux;
- S'assurer de l'évaluation et de l'atteinte des résultats;
- Animer le comité régional de concertation et le comité régional de coordination;
- Émettre des recommandations ou des avis au PDG de l'ASSSCA;
- Effectuer une concertation avec les responsables de la lutte contre le cancer des CSSS.

2.3 Mandat du comité régional de concertation

Assurer la mise à jour des connaissances et l'harmonisation des pratiques exemplaires basées sur les données probantes.

Mandats spécifiques

- Soutenir l'évolution des pratiques et l'adoption harmonisée de pratiques exemplaires;
- Adopter des outils standardisés pour la pratique clinique et administrative;
- Assurer le transfert des connaissances entre les CSSS de la région;
- Appuyer l'évaluation de la performance;
- Proposer des moyens pour améliorer la communication;
- Encourager la formation continue, le soutien, la supervision et l'évaluation.

Ce comité sera mis en place lorsque les communautés de pratique seront fonctionnelles et en nombre suffisant. Nous prévoyons donc un déploiement graduel du comité de concertation.

2.4 Mandat du comité régional de coordination

Assurer une offre de soins et des services équitable et harmonisée qui répondent aux besoins de la population de Chaudière-Appalaches, basée sur les pratiques exemplaires et en lien avec les priorités provinciales et régionales.

Mandats spécifiques

- Planifier et répartir une offre intégrée et équitable de soins et de services afin d'en améliorer l'accès et la qualité;
- Discuter et approuver les orientations cliniques, scientifiques et administratives des comités régionaux en oncologie en lien avec les priorités régionales et provinciales;
- Faire des recommandations concernant l'attribution équitable des ressources médicales et professionnelles dans la région;
- Assurer le continuum de soins et de services à travers les diverses composantes du programme, incluant la prévention;
- Assurer l'utilisation des pratiques exemplaires;
- Faciliter la formalisation d'ententes entre les établissements et les régions partenaires;
- Veiller à réduire les délais d'accès à l'investigation et aux traitements intra et extrarégionaux;
- Maintenir un processus d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité de la performance administrative et clinique régionale;
- Prioriser une communication efficiente entre les partenaires, les membres du réseau et la population;
- Approuver les plans d'action locaux;
- Assurer la mise en place des corridors de services;
- Travailler en collaboration avec le RUIS.

2.5 Mandats des communautés de pratique

- Analyser et adopter des normes et des standards de pratique selon les données probantes;
- Adapter et intégrer de nouvelles pratiques professionnelles;
- Produire des outils standardisés pour la pratique clinique et administrative
- Développer des outils de travail uni ou interdisciplinaires;
- Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services entre les différents niveaux;
- Évaluer les besoins de formation et de diffusion de l'information;
- Donner leur avis aux comités régionaux en oncologie sur toute problématique relevant de leur compétence;
- Développer des mécanismes pour connaître les besoins et les attentes de leur clientèle.

2.6 Mandats des professionnels de la santé régionaux

Les professionnels de la santé régionaux seront des professionnels de la santé et des services sociaux de différentes disciplines qui auront un rôle clinique régional. Notamment, leurs mandats spécifiques seront :

- Animer les communautés de pratique;
- Assurer la formation, le soutien, la supervision et l'évolution des conditions d'adoption des meilleures pratiques;
- Participer au comité régional de concertation.

2.7 Mandats du centre régional intégré en cancérologie de Chaudière-Appalaches

Le centre régional intégré de cancérologie aura notamment comme mandat :

- D'offrir des services spécialisés de radio-oncologie :
 - des traitements complémentaires aux services existants dans les CSSS en chimiothérapie, en soins palliatifs, en pharmacie oncologique;
 - ainsi que des consultations médicales et professionnelles spécialisées;
- D'offrir des services de soutien clinique et administratif aux réseaux locaux de cancer :
 - en prévention du cancer;
 - en dépistage du cancer;
 - aux équipes locales de soins palliatifs;
 - aux médecins de famille et aux intervenants de première ligne;
- D'offrir de l'accompagnement de type coaching/parrainage;
- D'offrir de la formation, du développement et du maintien des compétences pour les équipes interdisciplinaires de la région;
- D'offrir des services de téléconsultation et de téléconférence;
- D'offrir des services d'hôtellerie adjacents offerts en partenariat avec des organismes;
- D'animer les comités régionaux et les communautés de pratique;
- D'animer le comité des thérapies du cancer;
- D'évaluer l'accessibilité et les normes de pratique;
- De poursuivre ses activités d'enseignement et de recherche.

3. ÉTAT DE SITUATION EN CANCÉROLOGIE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

3.1 Méthodologie

Dans la foulée des nouvelles orientations ministérielles en matière de lutte contre le cancer, une équipe de visiteurs a effectué un portrait régional basé sur le plan d'action du MSSS. Au courant du mois de juin 2013, l'équipe composée de M^{me} Josée Rivard (représentante du Forum des directeurs généraux), D^{re} Marie-Josée Drolet et M^{me} Sylvie Lamirande (représentantes de la Direction de santé publique) et M^{me} Marie-Noëlle Vallée, répondante régionale de l'ASSSCA. À l'aide d'une grille de collecte de données basée sur les objectifs et les actions du MSSS, les visiteurs ont recollé de l'information sur les mécanismes de gouverne locale, les corridors de services en place, les différents programmes de prévention et de dépistage et l'accès aux professionnels et aux soins en cancer. L'équipe a également abordé les outils cliniques et les formations qui ont été développés dans les CSSS de la région. Les lignes qui suivent feront état des constats émanant de cette tournée régionale.

3.2 Bilan de la tournée régionale selon les priorités du MSSS

Plusieurs initiatives locales reliées à la lutte contre le cancer ont vu le jour dans les CSSS. Nous avons pu constater une volonté renouvelée de travailler en équipe, un désir de transmission d'information entre les différents établissements et des efforts constants pour améliorer les services pour les personnes atteintes du cancer.

Voici les constats généraux de la région suite aux visites de la tournée régionale :

- Plusieurs outils et initiatives locales méritent d'être partagés entre tous les établissements;
- La plupart des trajectoires de soins et de services existent dans un format informel. Très peu d'ententes sont écrites et clairement définies;
- Tous les partenaires sont intéressés à travailler les dossiers de cancérologie en collaboration régionale. Plusieurs ont énoncé le besoin de créer une gouverne régionale pour établir les priorités et partager les expériences cliniques et de gestion;
- Dans certains CSSS, les professionnels sont seuls à exercer dans leur spécialité en oncologie. Certains cliniciens peuvent vivre un sentiment d'isolement professionnel et peuvent ressentir le besoin de partager avec des collègues des autres centres;
- Il y a un manque criant de ressources humaines et financières;
- La gouverne locale est souvent incomplète en raison de l'absence de médecin lors des réunions des comités de coordination locaux. La mobilisation et l'implication médicale est un enjeu dans plusieurs CSSS;
- Certains CSSS réalisent des activités de prévention avec la clientèle atteinte de cancer.

Dans les lignes qui suivent, une synthèse plus spécifique en fonction des objectifs du plan d'action de la DQC sera expliquée. Le détail de chacune des priorités du MSSS sont décrites dans l'annexe 1.

3.2.1 Priorité 1 du MSSS : Des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population

L'offre de soins adaptés à la situation particulière de chaque personne atteinte de cancer est le défi quotidien que relèvent les cliniciens dans les CSSS. Bien que tous n'aient pas les mêmes outils de priorisation de l'IPO, d'évaluation initiale en oncologie et que l'outil de dépistage de la détresse ne soit pas implanté uniformément, le désir d'offrir les meilleurs soins aux patients transpirent des discussions. La consolidation des équipes interdisciplinaires en oncologie et la communication entre les intervenants de la 1^{re} ligne et les équipes traitantes sont des défis importants.

Les besoins de la population comprennent de plus des actions pour intensifier la création d'environnements favorables à la santé. Ces actions visent autant la personne en santé, que celle atteinte de cancer ou en rémission. Les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, les milieux scolaires, les organismes communautaires, les bénévoles, les municipalités et les partenaires intersectoriels sont indispensables pour favoriser une culture propice au maintien de la santé.

3.2.2 Priorité 2 du MSSS : L'intervention précoce contre le développement du cancer

Près de 50 % des cancers peuvent être prévenus par l'adoption de saines habitudes de vie et de politiques publiques favorables à la santé, ce qui diminuerait l'incidence, la morbidité et la mortalité par cancer.

Les objectifs du plan d'action reliés à l'intervention précoce et à la prévention des cancers sont en lien avec les objectifs du programme national de santé publique (PNSP) et les priorités du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble⁷, publié en 2010.

Voici un survol des activités reliées aux trois priorités de ce rapport :

1) Créer des environnements favorables à la santé :

Depuis 2010, le directeur de santé publique a invité de nombreux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels à s'engager à la création d'environnements favorables à la santé, que ce soit l'environnement physique, social, économique ou politique.

- La prévention du cancer par les saines habitudes de vie et certains moyens de protection est à l'agenda de milieux variés;
- La Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie de Chaudière-Appalaches est responsable d'une formation sur les environnements favorables. Celle-ci est en cours de déploiement tant dans le réseau de la santé qu'auprès de tous les partenaires intersectoriels impliqués dans la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*;
- Du budget a été alloué pour consolider les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS.

2) Augmenter la force de frappe en prévention, en collaboration avec les milieux cliniques :

Les saines habitudes de vie et certains moyens de protection devraient faire partie du plan de traitement pour la personne atteinte de cancer.

⁷ Pour un résumé de la situation, veuillez consulter le document Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer, prévenir les cancers tous ensemble à l'adresse suivante : http://agencesss12.riq.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/documents/RSSSS_priorite_dsp_cancer2010.pdf

- Plusieurs professionnels de la santé et des intervenants⁸ qui interagissent avec les personnes atteintes de cancer et celles en rémission ont été informés de l'impact des habitudes de vie chez cette clientèle;
- Depuis 2011, plus de 200 professionnels de la santé (médecins omnipraticiens, infirmières-pivots en oncologie, infirmières des GMF et agents de promotion des saines habitudes de vie) ont été formés avec la méthode de l'entretien motivationnel pour le counselling sur les habitudes de vie;
- Le colloque Prévenir les cancers tous ensemble a réuni 200 participants de la région le 1er mai 2012. Plusieurs projets régionaux ont émergé des suites de ce colloque;
- Le colloque Survivance au cancer : place aux saines habitudes de vie, incluant un symposium sur les besoins des survivants en Chaudière-Appalaches, a eu lieu le 25 octobre 2013. Il a réuni près de 200 médecins, professionnels, organismes communautaires, personnes survivantes et gestionnaires de la région;
- Des outils pour la prévention des cancers et pour la clientèle atteinte de cancer ou en rémission ont été produits avec l'aide des professionnels et des bénévoles de la région.

Des agents de promotion des saines habitudes de vie sont présents dans chacun des CSSS (site CLSC). Les équipes interdisciplinaires en promotion des saines habitudes ont des compositions variables et réalisent des actions environnementales et du counselling dans les centres d'abandon du tabagisme. Deux CSSS réalisent des activités d'information et de counselling de groupe avec la clientèle atteinte de cancer.

L'objectif de faire participer les professionnels de la santé à des activités de counselling bref sur les saines habitudes de vie pour la personne atteinte de cancer et en rémission ne pourra se réaliser seulement si les milieux cliniques, comme par exemple les Groupes de médecine de famille (GMF) et les centres hospitaliers, valorisent ces changements de pratique et permettent aux ressources professionnelles de promouvoir les saines habitudes de vie.

Par ailleurs, la vaccination contre le virus du papillome humain et contre l'hépatite B ainsi que plusieurs activités de protection contre des cancérogènes dans l'environnement et en milieu de travail sont en cours.

3) Unir nos forces, s'allier avec ceux qui combattent les maladies chroniques :

- Les nouveaux cas de cancer peuvent être prévenus, particulièrement lorsque les stratégies sont intégrées à la prévention des maladies chroniques⁹. Plusieurs facteurs de risque sont similaires. Il est essentiel de tendre vers une approche globale et intégrée de la personne. La promotion des saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, la saine alimentation et le mode de vie physiquement actif) doit être présente à chaque étape du continuum de soins et services, et adaptées à la condition de la personne.
- Les saines habitudes de vie devraient aussi faire partie intégrante des continuums qui seront développés pour les autres maladies chroniques. Des efforts sont poursuivis en ce sens dans le développement des dossiers à l'agence de la santé et des services sociaux.

Enfin, bien que les priorités portent principalement sur les services et les activités de nature préventive, le directeur de santé publique énonce comme condition gagnante la nécessité de créer un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer. Il demande aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et aux partenaires intersectoriels de s'engager tous ensemble dans la lutte contre le cancer.

⁸ Incluent des bénévoles des organismes communautaires en cancer

⁹ Veuillez consulter le document Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble à l'adresse suivante :

http://agencesss12.riq.qc.ca/fileadmin/documents/cancer/documents/RSSSS_priorite_dsp_cancer2010.pdf

3.2.3 Priorité 3 du MSSS : L'accessibilité des soins et des services

Les temps d'attente reliés à l'accès des services diagnostiques sont suivis étroitement par l'équipe de L'ASSSCA et les plans d'ajustement font l'objet d'une surveillance. Le comité stratégique intégré de lutte contre le cancer arrimera son plan d'action en collaboration avec le comité régional sur l'accessibilité des services. Les corridors de services actuels sont informels, les ententes formelles régissant les services sont inexistantes et les critères d'orientation ne sont pas tous clairement écrits.

De plus, le CSSSAD a été désigné comme site pilote pour déployer la phase 1 du PQDCCR. Une méthodologie a été développée pour permettre une épuration et en arriver à une gestion en temps réel de la liste d'attente en coloscopie. Les autres établissements de la région ont débutés ou terminés l'épuration de leur liste en amont des travaux du MSSS.

3.2.4 Priorité 4 du MSSS : La qualité des soins et des services

Les programmes d'assurance qualité dans les laboratoires d'anatomopathologie sont appliqués pour la biochimie et l'hématologie et nous suivons les règles proposées par le MSSS dans les unités de coloscopie. Plusieurs travaux dépendront des directives du MSSS à venir en lien avec les rapports de pathologie et protocoles opératoires standardisés et synoptiques.

Les travaux pour l'application des recommandations du comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques sont en marche dans 2 des 4 établissements. Le comité stratégique intégré de lutte contre le cancer suivra l'évolution de ces travaux au niveau régional en formant une communauté de pratique où les intervenants pourront échanger sur le sujet.

La formation continue pour les intervenants en oncologie est en développement au niveau du MSSS. Aussi, certains établissements et cliniques médicales/GMF de la région offrent à leur personnel des formations en counselling (entretien motivationnel), en oncologie et en soins palliatifs à leur personnel. Le contexte financier des établissements et le manque de ressource pour offrir les formations ont fait en sorte que très peu de formation s'est donnée dans la région depuis 2 ans. Une recension des formations disponibles dans chacun des CSSS ainsi qu'une planification de la main-d'œuvre en oncologie aideront à maintenir une qualité dans les soins.

3.2.5 Priorité 5 du MSSS : Le fonctionnement en réseau

La région de la Chaudière-Appalaches est à développer un Réseau de cancérologie par la mise en place d'une gouvernance régionale. Dans les travaux à venir, notons la nomination de cogestionnaires médicaux, le développement d'un programme régional de cancérologie d'où les CSSS pourront s'inspirer pour ajuster leur programme local, la création d'un comité de Tumeurs et l'élaboration d'une stratégie de communication.

La plupart des trajectoires de soins et de services pour les personnes atteintes de cancer ne sont pas formelles. Avec l'annonce du centre intégré de cancérologie, une priorité sera mise sur les travaux reliés à clarifier et à formaliser ces trajectoires. En décrivant le continuum relié aux soins et aux services en cancer, il sera possible d'identifier les besoins en matière de pratiques préventives et développement clinique.

3.3 Centre régional intégré de cancérologie de Chaudière-Appalaches

L'absence de services de radio-oncologie dans la région de la Chaudière-Appalaches, dont la population est majoritairement desservie par la région de la Capitale-Nationale, au sein du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), constitue un enjeu majeur pour la mise en place d'une offre de service régionale complète et intégrée. La proximité des services amène une prise en charge plus fluide et plus adaptée aux besoins

des usagers. Environ 2 800 personnes seront touchées par le cancer en 2018 et la nécessité d'offrir une gamme de services spécialisés permettra d'assurer une plus grande autonomie à la région.

Comme il est défini dans le dossier de présentation stratégique autorisé par le MSSS en juin 2013, le futur Centre régional intégré de cancérologie de Chaudière-Appalaches situé au CSSSAD deviendra un pôle significatif pour la région, notamment pour le traitement, le soutien et l'expertise offerte aux autres établissements et professionnels œuvrant au sein du continuum de services. Une meilleure continuité des soins et des services sera assurée par des mécanismes bien définis afin de clarifier les modalités de collaboration, d'assurer une trajectoire de soins et une circulation fluide de la clientèle, de respecter les mandats de chacun et de favoriser l'efficacité des ressources en place.

Le projet, tel qu'il est présenté implique un travail d'équipe, de nouvelles pratiques interdisciplinaires, des consensus médicaux, le déploiement de nouvelles technologies et des systèmes d'information communs et accessibles dans les deux établissements qui partagent la radio-oncologie. Il suppose également le développement de protocoles et d'outils cliniques communs, ce qui nécessitera lors de la mise en œuvre, des ententes interrégionales ainsi que des ententes spécifiques d'établissement à établissement afin de satisfaire les objectifs-clients.

Tel qu'en témoigne notre projet, la mobilisation des deux régions est plus que jamais au rendez-vous, l'expertise du CHU de Québec en radio-oncologie est essentiel et deviendra un moyen efficace pour réduire les délais de conception et d'opérationnalisation du projet tout en priorisant le transfert des connaissances. Tous les acteurs sont convaincus que cette solution est non seulement réaliste, mais la meilleure des solutions visant à maintenir l'accessibilité aux services pour la clientèle, objectif reconnu comme un gage d'amélioration du taux de survie pour la clientèle atteinte de cancer.

En plus de cinq accélérateurs linéaires, la consolidation des effectifs et des services régionaux en cancérologie, et l'intégration des services ambulatoires spécialisés de médecine, de chirurgie en cancérologie et les services d'hémo-oncologie vont permettre d'offrir une gamme de service beaucoup plus complète. On parle d'un centre régional intégré en cancérologie ou une gamme complète de services incluant la radiothérapie, la curiethérapie, des traitements complémentaires en pharmacie oncologique, en hémo-oncologie, en plus de la dentisterie et de la résonance magnétique (IRM) de planification pour la clientèle en radiooncologie seront offerts pour toute la population de Chaudière-Appalaches.

Dans ce projet d'envergure, les régions de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches ont mis en place un comité de travail conjoint, assurant dès maintenant le développement d'une vision commune et partagée des besoins et de l'organisation des services en radio-oncologie. Nous allons développer la programmation clinique en partenariat avec les équipes du CHU de Québec pour la portion radio-oncologie afin d'assurer une meilleure fluidité des soins et des services.

De plus, la révision des trajectoires de soins et de services sera discutée par l'entremise du comité régional de coordination en cancérologie, permettant ainsi une discussion et un partage d'informations régionales.

4. PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER - LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2013-2018

L'analyse de l'ensemble des composantes de la tournée régionale a permis de définir les forces, les défis et les perspectives dans l'organisation des services. Un document de réflexion, reprenant les défis et les perspectives sous l'angle de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité et sécurité, a été élaboré.

Afin d'assurer un suivi rigoureux des actions planifiées, des indicateurs de suivi seront récapitulés dans un tableau de bord à une fréquence à déterminer.

Le plan d'action 2013-2018 s'inscrit dans la continuité des actions posées depuis 2004. Il capitalise sur les acquis et s'engage sur des voies nouvelles. Il est inspiré des 5 axes prioritaires du plan d'action en cancérologie de la DQC. Le tableau 6 indique les priorités pour la région de la Chaudière-Appalaches en matière de lutte contre le cancer.

Tableau 6 : Priorités pour la région de la Chaudière-Appalaches en matière de lutte contre le cancer

Priorité régionale # 1 Déploiement d'une gouvernance dans le cadre du plan régional de lutte contre le cancer.	Mesures et actions retenues
1. Mettre en place une gouvernance régionale; 2. Mettre en place une gouvernance locale dans chaque CSSS; 3. Planifier un programme régional de lutte contre le cancer; 4. Élaborer une stratégie de communication pour favoriser la circulation d'information au sein du réseau des intervenants en cancer.	• Tenir un calendrier pour les rencontres régionales; • Nommer tous les cogestionnaires médicaux sur chacun des territoires; • Mettre en place un comité de tumeur; • 100 % des établissements auront un programme local de lutte contre le cancer en lien avec les priorités régionales (incluant toutes les étapes du continuum, de la prévention au deuil); • Mettre à disposition une plateforme de communication pour la diffusion des informations (espace collaboratif).
Priorité régionale #2 Établir un continuum de soins et de services formel dans de la région Chaudière-Appalaches.	Mesures et actions retenues
Appuyer les services de première ligne : 1. Mettre en place un système d'information clinique partageable entre les différents établissements afin d'assurer des mécanismes de références efficaces; 2. Élaborer et conclure des ententes de services CSSS/CH pour assurer à la personne atteinte de cancer l'accessibilité et la continuité des soins et des services de qualité; 3. Définir et évaluer la faisabilité d'implanter le concept de navigateur en cancérologie; 4. Développer des outils cliniques pour les intervenants de 1^{re} ligne. Appuyer les services spécialisés en cancérologie : 5. Mettre en place un Centre régional intégré de cancérologie; 6. Réviser la trajectoire en hémato-oncologie, en radio-oncologie et en médecine spécialisée reliée au cancer en prévision de l'ouverture du Centre régional intégré de cancérologie; 7. Assurer l'accès à des ressources humaines ayant une expertise en oncologie tout au long de la trajectoire; 8. Consolider les équipes interdisciplinaires en promotion des saines habitudes de vie, en oncologie et en soins palliatifs.	• Collaborer à la portion oncologie du DCI régional; • Conclure des ententes officielles pour les trajectoires de soins et de services ciblés avec les établissements de la région; • Débuter la réflexion sur l'implantation de navigateur en cancérologie; • Créer des outils cliniques régionaux (formation, formulaires standardisés); • 70 % de la clientèle utilisera le passeport oncologique (avec le signet pour la prévention des cancers); • Collaborer aux travaux du comité régional sur l'accessibilité pour les requêtes standardisées régionales. • Collaborer aux travaux du CSSSAD en lien avec le CRIC; • Mettre en place d'un guichet unique en radio-oncologie; • Recenser les employés spécialisés en oncologie afin de mieux suivre l'évolution de l'effectif de différentes professions; • Élaborer une stratégie de relève de la main-d'œuvre en oncologie et en promotion des saines habitudes de vie et en soins palliatifs (incluant la formation); • Recruter des hématoncologues pour la région 12.

Priorité régionale #3 Améliorer l'accessibilité et la continuité dans la trajectoire de soins et services pour la personne atteinte de cancer.	Mesures et actions retenues
Soutien et volet psycho-social : 1. Évaluer la pertinence et la faisabilité d'un service d'hôtellerie dans la région; 2. Faire connaître aux intervenants en cancer les ressources communautaires; 3. Promotion de l'outil de dépistage de la détresse psychologique (ODD). Investigation : 4. S'assurer que la lecture et la transcription des graphies respectent les délais. Traitement : 5. Harmoniser l'offre de service des infirmières-pivots en oncologie (IPO); 6. Estimer les effectifs IPO selon les critères de priorités; 7. Respecter les délais fixés pour la chirurgie oncologique; 8. Assurer l'usage sécuritaire des médicaments en oncologie. Soins Palliatifs : 9. Faire un état de situation sur les soins palliatifs et émettre des recommandations pour en améliorer l'accès.	• Procéder à une enquête sur les besoins des patients en matière d'hébergement; • Publiciser les services des organismes communautaires auprès des cliniciens; • Évaluer les impacts sur les services de références de l'ODD; • Collaborer étroitement avec le comité régional sur l'accessibilité des services pour les délais de chirurgie et d'examen diagnostiques. • Ajuster l'offre de service IPO selon les normes ministérielles; • Mettre en place les recommandations du comité de sécurité des médicaments antinéoplasiques; • Évaluer la répartition régionale des lits en soins palliatifs selon les besoins de la population; • Augmenter le nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile; • Mettre en place un comité régional en soins palliatifs.
Priorité régionale #4 Appuyer les programmes de dépistage des cancers.	Mesures et actions retenues
1. Appuyer le programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR); 2. Continuer d'appuyer le PQDCS pour atteindre le taux optimal de participation des femmes.	• Favoriser le dépistage opportuniste pour le dépistage du cancer colorectal; • Suivre l'épuration des listes d'attente en coloscopie (élimination des P5); • Diminuer le recours aux cliniques de radiologie privées pour le dépistage PQDCS; • Réviser la trajectoire régionale du PQDCS.
Priorité régionale #5 Agir sur les principaux déterminants associés au cancer.	Mesures et actions retenues
1. Positionner la prévention sur tout le continuum de soins et de services en cancer : Promotion/Prévention - Dépistage – Investigation/Diagnostic/Traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) - Rémission - Soins palliatifs; 2. Intégrer, dans la collecte de données initiale des intervenants en oncologie	• Ajouter dans les outils régionaux en cancer une section réservée aux saines habitudes de vie; • Former des professionnels avec les techniques d'entretien motivationnel et soutien pour les changements de pratique que cela amène;

(dont l'infirmière-pivot en oncologie), une section spécifique sur les saines habitudes de vie; 3. Intégrer, dans la pratique clinique de chaque intervenant des équipes interdisciplinaires en oncologie et en soins palliatifs, une approche de counselling, bref sur les saines habitudes de vie (avec l'entretien motivationnel); 4. Intégrer les saines habitudes de vie dans le plan de traitement des patients en oncologie et en soins palliatifs.	• Développer une stratégie régionale et des outils sur les saines habitudes de vie qui s'appliqueront à la fois sur le continuum de la lutte contre le cancer et sur les continuums des autres maladies chroniques.
Priorité régionale #6 Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur les données probantes.	Mesures et actions retenues
1. Former des communautés de pratiques fonctionnelles; 2. Favoriser la venue de projet de recherche clinique et d'évaluation en oncologie; 3. Soutenir l'adoption des pratiques organisationnelles exemplaires.	• Mettre en place des communautés de pratique sur le cancer pour les IPO, les gestionnaires en oncologie, les pharmaciens et les registraires. • Ouvrir une section sur l'espace collaboratif pour publier les pratiques organisationnelles exemplaires; • Participer aux appels de propositions de recherche en lien avec l'oncologie; • Développer des projets de recherche en lien avec la survivance et les saines habitudes de vie lors du colloque régional <i>Survivance au cancer : place aux saines habitudes de vie.</i>
Priorité régionale #7 - Mettre en place des mécanismes de suivi de l'implantation et d'évaluation du programme régional de Lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches.	Mesures et actions retenues
1. Choisir des indicateurs à suivre; 2. Établir la fréquence de suivi de chacun des indicateurs.	• Dresser un tableau de bord régional.

5. LES CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Avec ce plan d'action régional, nous cherchons à renforcer les liens entre les services préventifs et curatifs et avec les nombreux partenaires, les professionnels et les intervenants qui oeuvrent auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches dans la région de la Chaudière-Appalaches. Pour que les relations se concrétisent et portent des fruits, l'engagement des participants dans une vision partagée et une communication fluide est un gage de succès. Il existe déjà une coordination et une concertation au MSSS, à l'Agence, dans les CSSS et avec plusieurs partenaires intersectoriels qui ne demande qu'à être consolidée.

5.1 La mobilisation

La mise en place d'une structure de gouvernance en lutte contre le cancer repose sur la nécessité d'animer la structure de soins et de services déjà mise en place dans les établissements. Pour instaurer le changement et en mesurer les impacts, la mobilisation des équipes médicales et administratives est nécessaire à tous les paliers. Un leadership et un engagement continu des divers décideurs et acteurs tant au niveau de l'Agence, des gestionnaires des établissements que des équipes cliniques s'avèrent une condition gagnante.

5.2 Une implantation progressive des changements

Pour faire avancer le réseau, l'Agence doit d'abord instaurer sa gouverne en lutte contre le cancer. Par la suite, l'Agence pourra établir la coordination du réseau en oncologie et activer le réseau régional, formé des communautés de pratique exerçant les fonctions de formation continue, d'accompagnement, de soutien et d'évaluation du progrès dans les pratiques des professionnels de la région. Les établissements devront, si ce n'est déjà fait, faire adopter leur gouverne en oncologie par leur conseil d'administration.

5.3 Un plan d'action régional et des plans d'action locaux partagés formant un consensus

Une vision commune de l'intégration de la prévention, des soins et des services doit se traduire par un consensus des priorités tant régionales que locales. Des discussions ouvertes et productives autour des enjeux du continuum en oncologie permettront une collaboration régionale pour mettre en commun les efforts et les ressources dédiées à la lutte contre le cancer.

5.4 L'utilisation efficace des moyens technologique pour communiquer et échanger l'information

La réalité géographique de la région de la Chaudière-Appalaches impose d'utiliser à son plein potentiel les moyens technologiques pour se réunir et échanger l'information pertinente à l'animation du réseau régional. Il est prévu de minimiser les rencontres qui impliquent des déplacements pour les différents acteurs impliqués et maximiser les échanges par téléconférence, visioconférence, plateforme extranet, courriel, etc.

5.5 Un appui financier adéquat en ressources humaines et logistique

Certains incitatifs financiers, comme l'allocation de banque d'heures et de financement pour les professionnels qui travailleront sur les dossiers régionaux en oncologie, aideront grandement à soutenir l'évolution des communautés de pratique. Des travaux subséquents permettront d'estimer les budgets nécessaires à l'implantation des mesures présentées dans le plan d'action.

CONCLUSION

Le *Programme régional de lutte contre le cancer 2013-2018 en Chaudière-Appalaches* est le fruit d'une vaste démarche amorcée en juin 2013, à la suite des recommandations de la Direction québécoise du cancer.

Ce document a, d'abord, fait état de quelques éléments du profil statistique de la région, de la structure de gouvernance prévue et des points saillants de l'état de situation de la région en matière de lutte contre le cancer. Ces éléments ont permis d'établir le lien avec le futur réseau de lutte contre le cancer de Chaudière-Appalaches, le Centre intégré de cancérologie de Chaudière-Appalaches et le plan d'action régional.

La prochaine étape concerne l'implantation du Réseau régional de lutte contre le cancer dans une perspective de réseau intégré. L'implantation d'un tel programme constitue un défi de taille, si l'on considère les dimensions et les leviers de l'intégration : la gouvernance, le financement, l'information et l'expertise clinique ainsi que la perspective du continuum de services, de la promotion-prévention jusqu'aux soins palliatifs.

Dans les prochaines années, tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires intersectoriels sont invités à s'engager dans la lutte contre le cancer et à favoriser le déploiement de services en prévention des cancers. *Agissons tous ensemble pour prévenir et combattre le cancer!*



ANNEXE



ANNEXE 1 – PLAN D’ACTION EN CANCÉROLOGIE DE LA DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE - ÉTAT DE SITUATION DE LA RÉGION 12

PRIORITÉ 1 : Des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population

Objectif 1.1 - Assurer la prise en compte du point de vue des personnes touchées par le cancer

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12 juin 2013
1	Consulter les personnes touchées par le cancer lors des prises de décision qui les concernent.	Désignation d'un représentant des personnes touchées par le cancer : • au comité de coordination national en cancérologie; • aux comités de coordination régionaux en cancérologie; • aux instances de coordination dans les établissements.	Futur comité régional : les personnes seront identifiées. Établissements : pas de représentants permanents dans aucun des comités locaux.
2	Prendre en considération l'expérience de soins et de services vécue par les patients.	• Réalisation, par l'Institut de la statistique du Québec (mandaté par la DQC), du 2^e cycle de l'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer; • Élaboration et distribution d'un ensemble de questions communes pour la tenue d'enquêtes dans les établissements sur l'expérience des patients tout au long de leur parcours thérapeutique.	En attente du MSSS.
3	Prendre en compte la réalité vécue par les personnes immigrées et les membres des communautés ethnoculturelles, ainsi que les caractéristiques qui leur sont propres.	Collaboration établie avec des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles en vue de leur consultation lors de l'élaboration des programmes nationaux en cancérologie.	Les organismes communautaires multiculturels ne sont pas représentés aux tables locales ou régionales.

Objectif 1.2 - Offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
4	Adopter de bonnes pratiques d'annonce du diagnostic.	Diffusion d'un compendium des bonnes pratiques pour l'annonce du diagnostic.	En attente du MSSS.
5	Soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique.	- Diffusion d'outils à l'appui des meilleures pratiques d'information et d'accompagnement du patient lors de son accueil, pendant et à la fin des traitements; - Promotion de l'utilisation du passeport en oncologie auprès des patients et des intervenants; - Développement d'un carnet semblable au passeport en oncologie à l'intention des enfants atteints de cancer et de leur famille.	Passeport oncologie adulte : Utilisé au CSSSAD (peu utilisé en 1^{re} ligne), CSSSML, CSSSB. En processus d'instauration au CSSSRT. La clientèle pédiatrique est suivie par le CHUL.
6	Faciliter et uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie.	Diffusion d'un formulaire standardisé pour l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie et promotion de son utilisation.	CSSSAD-CSSSML-CSSSRT-CSSSB = Présence d'un formulaire standardisé. CSSSE= objectif de leur plan d'Action.
7	Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer.	Concertation en réseau pour le choix d'un outil validé de dépistage de la détresse, diffusion de l'outil choisi et promotion de son utilisation.	Présence de l'outil en radiologie au CSSSML. CSSSE= objectif de leur plan d'action. CSSSRT= IPO le fait pour nouveau patient, sera élargie à l'équipe de soins palliatifs après analyse d'impact. Pas débuté car pas les ressources pour la prise en charge au CSSSB et CSSSAD.
8	Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation.	- Critères d'orientation vers les soins et les services de soutien en fonction de la gravité des symptômes; - Formation pour la prévention du lymphœdème à l'intention des physiothérapeutes du Québec.	CSSSML a développé une intervention/formation pour le lymphœdème. Absent pour les autres CSSS. Le traitement se fait chez un physiothérapeute privé en CA. Le CESSML a des critères de référence clairs. Les autres CSSS utilisent des requêtes professionnelles au besoin. Les critères ne sont pas tous clairement établis.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
9	Faciliter l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en oncologie (IPSO).	• Diffusion de la description du rôle de l'IPSO; • Planification de la main-d'œuvre des IPSO au Québec.	En attente du MSSS.
10	Outiller les équipes afin que les professionnels en soins palliatifs soient impliqués le plus tôt possible dans le parcours thérapeutique de la personne atteinte de cancer.	Critères d'orientation vers les services de soins palliatifs pour le soulagement des symptômes pendant les phases active et chronique de la maladie.	La gestion et le soulagement de la douleur est dépendant de la disponibilité d'équipe médicale 24/7. Au CSSSRT, les usagers avec grandes douleurs sont dirigés à l'urgence pour ajuster la médication.
11	Renforcer les soins palliatifs.	• Augmentation du nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile et augmentation du nombre d'interventions à domicile par personne; • Augmentation du nombre de lits en maisons de soins palliatifs, en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); • Promotion d'une formation continue en soins palliatifs à l'intention des infirmières.	Nous avons 37 lits de soins palliatifs dans la région. Le CSSSML a une communauté de pratique active en soins palliatifs. Tous les autres CSSS n'ont pas de formation spécifique. Le besoin est présent. Les midi-conférences de MMS sont accessibles à tous les CSSS.
12	Recenser les besoins particuliers des personnes ayant survécu à un cancer.	Portrait des enjeux relatifs au vécu des personnes en rémission de leur cancer.	Il n'y a aucun programme pour les survivants au cancer dans la région. Certains organismes communautaires ont des groupes de soutien (ex. Lucarne) pour le cancer du sein.

Objectif 1.3 - Soutenir les intervenants de première ligne

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
13	Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie.	• Outils cliniques pour aider les intervenants à offrir tous les dépistages requis en fonction de l'âge de la personne et des données probantes; • Requêtes standardisées, incluant des niveaux de priorité clinique, pour la colposcopie, la mammographie et la bronchoscopie (De telles requêtes sont déjà élaborées et utilisées pour la coloscopie.); • Plans standardisés de suivi post-traitement à long terme. • Formation continue sur les séquelles potentielles chez les personnes ayant survécu à un cancer; • Formation sur le suivi des patients en cancérologie.	Aucun outil n'est implanté dans la région pour le dépistage des personnes selon l'âge. Les requêtes ne sont pas standardisées dans le secteur des examens médicaux. Plan standardisé en post-traitement à CSSSML seulement. Il inclut également les saines habitudes de vie. Le CSSSML offre les mêmes formations au personnel de 1^{re} ligne qu'au personnel en CH. Les autres CSSS n'ont aucune formation en cancérologie.

PRIORITÉ 2 : L'intervention précoce contre le développement du cancer

Objectif 2.1 - Accentuer la prévention du cancer

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
14	Poursuivre les efforts de réduction du tabagisme.	- Réduction de la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et de la proportion de fumeurs de 15 ans ou plus à 16 %; - Augmentation de la proportion de fumeurs qui ont recours aux services d'aide à la cessation prévus dans le <i>Plan québécois d'abandon du tabagisme</i>.	Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la région 12, pour la période 2007-2008 et 2009-2010 se rapportant à la population de 12 ans et plus. Fumeurs : ★ - En 2007-2008 : 21 % des hommes, 22 % des femmes et 21 % tous sexes réunis. - En 2009-2010 : 20 % des hommes, 17 % des femmes et 19 % tous sexes réunis. Données de l'Enquête sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS) pour la région 12, pour la période 2010-2011 se rapportant à la population de jeunes fréquentant le milieu secondaire. Fumeurs : ★ - En 2010-2011: 8 % des garçons, 8 % des filles et 8 % tous sexes réunis. Il y a des Centres d'abandon du tabagisme (CAT) dans tous les CSSS.
15	Réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée du tabac.	Diminution de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée dans les différents lieux qu'ils fréquentent (domicile, voiture, milieu de travail).	Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la région 12, pour la période 2007-2008 et 2009-2010 se rapportant à la population de 12 ans et plus. Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison : ★ - En 2007-2008 : 12 % des hommes, 12 % des femmes et 12 % tous sexes réunis. - En 2009-2010 : 10 % des hommes, 9 % des femmes et 9 % tous sexes réunis.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
16	Mettre en œuvre les activités du PNSP et les plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) en santé publique.	Atteinte des cibles de prévention décrites dans le <i>Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux</i> (ex. : 85 % d'activités du PNSP implantées d'ici 2015) ainsi que des cibles d'action intersectorielle pour agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être. Les cibles suivantes du PNSP couvrent de façon plus large les saines habitudes de vie : - Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et légumes quotidiennement; - Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;	L'évaluation d'une partie des activités du Programme national de santé publique (PNSP) a été réalisée par la Direction de santé publique et les CSSS en collaboration avec les responsables locaux de santé publique (juin et juillet 2013). Plusieurs activités en lien avec le suivi du Rapport du Directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer sont en cours. - Formations sur les environnements favorables à la santé avec des partenaires du réseau de la santé et intersectoriels; - Consolidation d'équipes en promotion de la santé et en prévention dans les CSSS avec l'ajout de budget pour les agents de promotion des saines habitudes de vie; - Soutien de l'intégration de la prévention dans les services cliniques, comme par exemple : 1) Des formations sur l'entretien motivationnel ont eu lieu dans tous les territoires de RLS. Plus de 200 médecins et professionnels de la santé, dont les infirmières-pivots en oncologie, y ont participé.; 2) Formation régionale et soutien en continu des professionnels des centres d'abandon du tabagisme (CAT); - Réalisation de la première journée régionale de sensibilisation le 1^{er} mai 2012 avec pour thème <i>La prévention des cancers</i> (plus de 200 participants) - Réalisation de la deuxième journée régionale de sensibilisation le 25 octobre 2013 avec pour thème <i>La survivance au cancer</i> : place aux saines habitudes de vie (près de 200 participants). Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la région 12, pour la période 2007-2008 et 2009-2010 se rapportant à la population de 12 ans et plus. Population consommant au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes : ★ - En 2007-2008 : 46 % des hommes, 61 % des femmes et 53 % tous sexes réunis.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
		Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.	- En 2009-2010 : 47 % des hommes, 65 % des femmes et 56 % tous sexes réunis. - Il importe d'agir avec prudence dans la comparaison de ces données entre les deux cycles de l'enquête. De plus, les données de l'ESCC font référence au nombre de fois que les fruits et les légumes sont consommés quotidiennement et non au nombre de portion. Toutefois, il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les deux cycles, que ce soit chez les hommes, chez les femmes ou chez les sexes réunis. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la région 12, pour la période 2007-2008 et 2009-2010 se rapportant à la population de 18 ans et plus. Population qui atteint le niveau recommandé d'activité physique de loisirs : ★ - En 2007-2008 : 32 % des hommes, 27 % des femmes et 30 % tous sexes réunis. - En 2009-2010 : 33 % des hommes, 33 % des femmes et 33 % tous sexes réunis. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la région 12, pour la période 2007-2008 et 2009-2010 se rapportant à la population de 18 ans et plus. Population souffrant d'obésité : - En 2007-2008 : 15 % des hommes, 13 % des femmes et 14 % tous sexes réunis. - En 2009-2010 : 20 % des hommes, 15 % des femmes et 17 % tous sexes réunis. Population souffrant d'embonpoint : - En 2007-2008 : 42 % des hommes, 30 % des femmes et 36 %

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
			tous sexes réunis. En 2009-2010 : 40 % des hommes, 29 % des femmes et 34 % tous sexes réunis.
17	Réduire l'exposition de la population à plusieurs types de substances cancérigènes, notamment dans l'eau potable (par la gestion des dépassements de normes du Règlement sur la qualité de l'eau potable).	Diminution du nombre de déclarations hors normes pour l'arsenic et le benzène.	L'équipe santé et environnement (SE) de la Direction de santé publique réalise plusieurs activités afin de prévenir l'exposition de la population générale à des cancérigènes dans l'environnement : - Dans les processus d'évaluation d'impacts environnementaux, recommandations de l'équipe SE sur les mesures de prévention/protection de la santé en regard du risque relié à plusieurs cancérigènes dont l'amiante; - Participation aux travaux du groupe de travail pour la mise en œuvre d'un plan d'action concernant l'utilisation des résidus miniers d'amiante, en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP); - Pour l'arsenic dans l'eau potable : la norme a été abaissée en 2012. Depuis, des concentrations plus élevées que la norme ont été mesurées dans quelques rares réseaux de distribution d'eau potable de la région (n=4). Pour ceux-ci, les recommandations de santé ont été adressées par la Direction de santé publique aux exploitants de ces réseaux et à certains propriétaires de puits, afin de protéger la santé des gens qui pourraient l'utiliser; - Pour le benzène dans l'eau : l'exposition hors norme est très rare dans la région; - Pour le benzène dans l'air : sa présence est plutôt associée à l'industrie pétrolière dans la région et des activités de surveillance pourraient être réalisées par la direction de santé publique. On examine la possibilité d'un suivi au cours de l'année 2013-2014. L'équipe régionale de santé au travail est responsable, avec les CSSS, de réaliser des activités de prévention et de protection, en collaboration avec la CSST et les milieux de travail, afin de prévenir les cancers associés aux activités professionnelles (dont l'amiante

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
			et plusieurs cancérogènes).
18	Accroître la prévention des cancers de la peau.	• Application, par tous les salons de bronzage, de la loi interdisant l'accès aux gens âgés de moins de 18 ans; • Campagne de prévention des cancers de la peau en collaboration avec la Société canadienne du cancer : sensibilisation du public aux risques que représentent les rayons UV émis par le soleil et par les appareils de bronzage.	L'équipe santé et environnement de la Direction de santé publique et les CSSS réalisent plusieurs activités de prévention des cancers de la peau. À la Direction de santé publique : • Campagne de sensibilisation réalisée auprès des directeurs d'école pour la promotion des zones d'ombre dans les cours d'école; • Entente de collaboration avec la Société canadienne du cancer pour la réalisation d'activités de sensibilisation auprès des enfants fréquentant les terrains de jeux municipaux de Chaudière-Appalaches : l'objectif est de rejoindre toutes les MRC de la région d'ici 2015; 2 MRC ont été rejointes en 2012; • Conception d'un outil de sensibilisation à la protection solaire pour les parents de jeunes enfants; • Campagne de sensibilisation et remise de matériel par les infirmières responsables des cliniques de vaccination en CSSS pour les 0-18 mois.
19	Poursuivre la mise en œuvre du <i>Plan d'action intersectoriel sur le radon</i> , qui vise à réduire l'incidence du cancer du poumon causé par le radon	• Augmentation du nombre de bâtiments publics effectuant des mesures de radon dans l'air intérieur (écoles, garderies, établissements du RSSS, de la Société d'habitation du Québec, de la Société immobilière du Québec, etc.) et, le cas échéant, du nombre de bâtiments ayant mis en place des procédés d'atténuation du radon (dans les cas où la norme de 200 Becquerels par mètre cube est dépassée); • Augmentation du nombre de municipalités ayant adopté le Code du bâtiment du Canada prônant les techniques de construction qui limitent les infiltrations de radon dans les sous-sols; • Intensification des activités de communication visant à sensibiliser les municipalités à la problématique du	Le dépistage de radon dans les écoles, sous le leadership du MELS, est en cours dans certaines commissions scolaires de la région. Les activités de dépistage devraient être réalisées d'ici 2014.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
		radon et à les inciter à adopter les dispositions du Code du bâtiment 2010 ainsi qu'à encourager leurs citoyens à mesurer le radon dans leur maison et à réduire sa concentration au besoin; • Intensification des activités de communication visant à sensibiliser le public au risque de cancer du poumon relié au radon domiciliaire ainsi qu'à l'importance de mesurer le radon résidentiel et d'appliquer les procédés d'atténuation au besoin (collaboration MSSS et Association pulmonaire du Québec).	La Direction de santé publique a offert son soutien aux commissions scolaires dans l'analyse et dans la communication du risque, par exemple lors d'activités d'information aux parents pour les écoles dont le niveau de radon est supérieur aux normes recommandées.
20	Maintenir le programme de vaccination contre l'hépatite B pour les groupes à risque élevé selon les critères du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ); maintenir le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4 ^e année du primaire; implanter en 2013 un programme de vaccination des nourrissons contre l'hépatite B.	• Atteinte des objectifs du PNSP : ○ Maintenir le taux de cas d'hépatite B aiguë à moins de 1 cas par 100 000 personnes; ○ Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins de 1 an. • Atteinte et maintien de la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B à 90 % en 4^e année du primaire; • Atteinte et maintien de la couverture vaccinale des enfants âgés de 1 ou 2 ans à au moins 90 % (enquête INSPQ).	L'équipe Maladies infectieuses de la Direction de santé publique et les CSSS sont responsables des activités de vaccination. Pour les taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B : En 2011-2012 : couverture vaccinale de 91 % en 4^e année. En 2012-2013 : couverture vaccinale de 90 % en 4^{ème} année. À venir plus tard, données de l'INSPQ non disponibles.
21	Maintenir le programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) pour les filles de 4 ^e année du primaire.	Atteinte de la couverture vaccinale contre les VPH à 85 % en 4 ^e année du primaire	L'équipe Maladies infectieuses de la Direction de santé publique et les CSSS sont responsables des activités de vaccination. Pour les taux de couverture vaccinale contre les VPH : En 2011-2012 : 87 % des jeunes du 3^e secondaire ont reçu au moins 3 doses de vaccin contre le VPH. En 2012-2013 : 85 % des jeunes en 4^e année du primaire.
22	Sensibiliser la communauté médicale et la population aux risques de cancer d'origine	• Recensement de l'information disponible;	En attente des directives du MSSS.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
	iatrogénique.	Établissement de lignes directrices pour tous les intervenants en santé.	Ce n'est pas une priorité régionale pour l'instant.

Objectif 2.2 - Favoriser la détection des cancers dès les premiers stades de leur développement

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
23	Améliorer le fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).	- Révision du cadre de référence du PQDCS; - Obtention d'un avis sur la pertinence d'inviter les femmes âgées de 70 à 74 ans à participer au PQDCS; - Bonification des mécanismes d'assurance qualité; - Amélioration de la prise en charge médicale lors d'une mammographie anormale.	L'évaluation des activités du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est en cours à la Direction de santé publique et au CCSR de l'Hôtel-Dieu de Lévis, en collaboration avec les CSSS.
24	Optimiser le dépistage opportuniste du cancer colorectal par l'utilisation du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) en remplacement du test au gaïac.	- Disponibilité du test RSOSi partout au Québec; - Stratégie de communication; - Formation en ligne pour les médecins prescripteurs; - Formation en ligne pour les infirmières en endoscopie.	Une lettre a été envoyée à tous les médecins de la région. Le site pilote du CSSSAD a été particulièrement performant dans l'application du dépistage opportuniste. Cette nouvelle pratique a pour effet que 31 % des nouvelles requêtes P3 entrantes sont consécutives à une RSOSi positive.
25	Poursuivre l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).	- Implantation progressive de l'ensemble des opérations du PQDCCR au sein des huit sites de démonstration; - Déploiement progressif du PQDCCR à l'ensemble de la province en fonction des résultats des projets de démonstration.	Le CSSSAD entrera dans la phase 2 de l'implantation à l'automne 2013.
26	Optimiser les pratiques en matière de dépistage du cancer du col utérin.	- Mise en œuvre des lignes directrices publiées par le groupe d'experts de l'Institut national de santé publique du Québec; - Stratégie de communication; - Accessibilité, pour les participantes n'ayant pas accès à un médecin traitant, du dépistage du cancer du col utérin effectué par une infirmière; - Outils encadrant la pratique infirmière, assortis d'une formation.	En attente des directives du MSSS. Ce n'est pas une priorité régionale pour l'instant.

★ Il importe d'agir avec prudence dans la comparaison de ces données entre les deux cycles de l'enquête. Toutefois, il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les deux cycles, que ce soit chez les hommes, chez les femmes ou chez les sexes réunis.

PRIORITÉ 3 : L'accessibilité des soins et des services

Objectif 3.1 - Améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
27	Assurer l'accès aux tests, à l'imagerie et aux services spécialisés au moment opportun selon l'urgence de la situation clinique.	• Diffusion de critères de priorisation dans les établissements; • Promotion de mécanismes d'accès formalisés pour les personnes orientées par les intervenants de première ligne ou se présentant en urgence (accueil clinique).	

Objectif 3.2 - Assurer un accès approprié aux traitements

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
28	Exercer une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique et en radio-oncologie.	• Mise en place d'un mécanisme standardisé de gestion de l'accès; • Publication des résultats de la surveillance des temps d'attente dans le site Internet du MSSS; • Atteinte et maintien des cibles ministérielles en matière de temps d'attente; • Mise en place de mesures de redressement dans les établissements, le cas échéant.	Trois CSSS à 80 % et plus (cible à 80 % < 28 jrs). Le CSSSAD avait 11 chirurgies oncologiques > 57 jrs et 72 % < 28 jrs (données du 12 mai 2013). Des mesures de redressement ont été demandées au CSSSAD.
29	Implanter un mécanisme standardisé de gestion de l'accès en chimiothérapie.	• Développement et diffusion d'un cadre de référence sur la gestion de l'accès en chimiothérapie; • Atteinte et maintien des cibles ministérielles en matière d'accès.	Il n'y a pas d'attente pour l'accès aux traitements de chimiothérapie.
30	Instaurer des corridors de service bidirectionnels.	• Des ententes entre les établissements et un centre régional ou des centres intégrés de cancérologie (CIC) pour des corridors de services; • Des critères d'orientation et de suivi.	Aucune entente n'est formalisée.

Objectif 3.3 - Assurer l'accès aux soins et aux services le plus près possible du lieu de résidence

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
31	Favoriser l'accès local à des services spécialisés grâce aux technologies de l'information.	Déploiement de la télépathologie.	Il y a quelques utilisations ponctuelles dans la région. Un manque de formation et des bris techniques ont occasionnés des délais. L'extemporanée fonctionne lors de bris de services. L'interprétation sur lame n'est pas prête pour lecture « live ».
32	Soutenir les services d'hébergement offerts aux personnes devant recevoir des traitements à l'extérieur de leur région de résidence.	Promotion des services d'hébergement existants.	Nous n'avons pas d'hébergement pour la région.

PRIORITÉ 4 : La qualité des soins et des services

Objectif 4.1 - Poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et des services sur tous les plans

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
33	Réaliser le deuxième cycle d'évaluation des composantes du RCQ.	- Révision et élaboration des critères pour l'évaluation des établissements, des réseaux régionaux et des équipes suprarégionales; - Diffusion du processus d'évaluation; - Réalisation du deuxième cycle d'évaluation.	En attente du MSSS.
34	S'assurer du respect des normes cliniques et organisationnelles dans les unités de coloscopie.	Engagement des unités d'endoscopie dans le processus de mise à niveau proposé par le MSSS.	Nous suivons les règles proposées par le MSSS.
35	Compléter la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie (PAQ).	Application des recommandations du PAQ en anatomopathologie.	Fait pour la biochimie et hématologie.

Objectif 4.2 - Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
36	Mettre en place les conditions propices à l'usage sécuritaire des médicaments en oncologie aux étapes de prescription, de préparation, d'administration et de suivi des patients.	Plan de mise en œuvre des recommandations du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques.	Le CSSSB et le CSSSAD ont reçu les recommandations mais n'ont pas débuté leurs travaux. Le CSSSML et le CSSSRT ont un comité de pharmacie qui travaille sur les recommandations.
37	Assurer la prestation sécuritaire et la qualité des traitements de radiothérapie.	Implantation d'un programme d'assurance qualité en radiothérapie.	Non applicable à notre région.

Objectif 4.3 - Soutenir l'évolution des pratiques selon les données probantes

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
38	Déployer des rapports de pathologie standardisés et synoptiques.	- Développement et mise en œuvre d'un plan de déploiement; - Adoption au Québec du contenu de rapports standardisés pour les sièges de cancer suivants : poumon, côlon et rectum, prostate, sein et endomètre.	En attente des systèmes promis par le MSSS.
39	Favoriser l'utilisation de protocoles opératoires standardisés et synoptiques.	- Dossier d'affaires décrivant les besoins et les étapes à franchir pour l'optimisation des applications informatiques en vue du déploiement provincial; - Adoption au Québec du contenu de rapports standardisés pour les quatre principaux sièges de cancer : côlon et rectum, sein, poumon et prostate.	En attente des directives du MSSS.
40	Favoriser l'utilisation de rapports standardisés et synoptiques en imagerie et en endoscopie.	- Adoption, par un comité national en imagerie, du contenu de rapports standardisés; - Adoption du contenu de rapports standardisés par des comités nationaux pour l'endoscopie et la coloscopie pour les principaux sièges de cancer.	En attente des directives du MSSS.
41	Contribuer à la présentation systématique des cas de cancers rares ou complexes aux	Diffusion de critères pour la présentation des cas issus des	Il n'y a pas de comité des tumeurs en place.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
	comités des thérapies du cancer.	travaux en cours au Collège des médecins du Québec.	
42	Outiller les cliniciens pour l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes.	- Élaboration et diffusion d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour les principaux sièges de cancer : sein, côlon et rectum, poumon et prostate ainsi que pour lymphome et cancers gynécologiques; - Élaboration et diffusion de guides d'administration des traitements systémiques assortis de fiches-conseils destinées aux patients; - Mise sur pied de mécanismes de collaboration entre l'INESSS et la DQC du MSSS pour : - l'évaluation des médicaments antinéoplasiques dans le processus de mise à jour des listes de médicaments; - la production de guides de pratique clinique en oncologie; - la production de rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en oncologie.	En attente des directives du MSSS.

Objectif 4.4 - Accroître la disponibilité de l'information clinique tout au long du parcours thérapeutique

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
43	Favoriser le déploiement de systèmes d'information clinique intégrant le continuum de soins en oncologie.	Dossier d'affaires décrivant les étapes à franchir pour le déploiement d'un tel système dans les établissements.	DCI en déploiement dans la région. Le DPE au CESSAD est accessible aux médecins de famille des cliniques médicales reliées.

Objectif 4.5 - Encourager la formation et le maintien des compétences

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
44	Offrir aux intervenants en coloscopie des moyens de développement professionnel continu.	Programme de développement professionnel continu à l'intention des coloscopistes et des infirmières en coloscopie.	En attente des travaux du MSSS.
45	Faciliter l'accès à de la formation continue pour les intervenants en oncologie du Québec.	- Mise en ligne d'une formation en différents modules (urgences oncologiques, interdisciplinarité, etc.) pour les infirmières pivots en oncologie (IPO); - Offre de tutorat par Webinaire pour accompagner la formation en ligne, avec crédits de formation; - Adaptation de cette formation pour les autres disciplines.	En attente des travaux du MSSS.

Objectif 4.6 - Favoriser le développement de la recherche

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
46	Optimiser la capacité de soutien à la recherche en cancérologie au Québec.	- Formation d'un consortium d'organismes subventionnaires pour la recherche en cancérologie; - Soutien au développement des biobanques.	En attente des travaux du MSSS.
47	Accroître la participation aux essais cliniques.	- Tenue d'un symposium sur la recherche clinique au Québec; - Mise en place d'un réseau de recherche clinique en cancérologie.	Nos centres sont des partenaires cliniques pour la recherche en télépathologie. Quelques projets de recherche avec le CSSSAD. Près de 6 projets sont actifs au CSSSAD pour les sièges de cancer suivants : côlon, sein, poumon et leucémie.

PRIORITÉ 5 : Le fonctionnement en réseau

Objectif 5.1 - Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
48	Instaurer l'organisation du RCQ au palier national.	- Mise en place des comités nationaux prévus au plan directeur; - Titularisation des centres intégrés de cancérologie.	Mise en place d'une gouvernance régionale à venir.
49	Créer ou consolider les réseaux régionaux/interrégionaux.	- Présence de réseaux régionaux/interrégionaux conformes au plan directeur; - Programmes régionaux en cancérologie.	Programme régionale en cancérologie en phase de planification.
50	Assurer l'implantation, dans les établissements et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), du modèle organisationnel prévu au plan directeur.	- Mise en place d'une gouvernance en cancérologie dans les établissements; - Implantation et maintien d'un programme ou d'un plan d'action en cancérologie à jour dans les établissements.	Cogestionnaires médicaux non désignés, sauf Montmagny.
51	Évaluer l'implantation du RCQ.	Appel d'intérêt proposé à la communauté de recherche et réalisation de l'évaluation de l'implantation.	En attente des directives du MSSS. Une nouvelle ressource a été nommée au MSSS pour l'axe de performance.

Objectif 5.2 - Développer l'offre de soins et de services dans une approche concertée et coordonnée en suivant des normes de qualité

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
52	Introduire, de façon coordonnée et suivant des normes de qualité, les nouvelles analyses de pathologie moléculaire accompagnant les thérapies ciblées en oncologie.	- Collaboration à l'évaluation des nouvelles analyses de pathologie moléculaire avec les autres partenaires concernés; - Mise en place des nouvelles analyses de pathologie moléculaire selon une approche concertée.	En attente des directives du MSSS.
53	Formaliser l'offre de soins et de services pour les personnes atteintes : d'un cancer du poumon;	- Établissement de critères pour la désignation des centres de référence et des centres affiliés; - Désignation des centres de référence et des centres	CRIC annoncé le 7 juin 2013. Travaux à venir pour établir les offres de service et la trajectoire régionale.

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
	- d'un cancer de l'œsophage; - d'un cancer hépatobiliaire ou pancréatique; - d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique; - d'un cancer de la thyroïde; - d'un cancer gynécologique.	affiliés.	
54	Favoriser un développement coordonné des nouveaux soins et services en cancérologie dans le système de santé en tenant compte de l'intégration et de la complémentarité des soins et des services.	Énonciation de principes pour le développement de nouveaux services.	Travaux à venir pour définir les principes pour le développement de nouveaux services.
55	Favoriser la complémentarité entre les services de soutien offerts par le réseau public et ceux offerts par les organismes communautaires impliqués dans la lutte contre le cancer.	Mise en place d'un groupe de travail.	Au CSSSB, ils font partis du Comité d'orientation stratégique en SHV. Aux CSSSML, CSSSAD, CSSSE : il est prévu d'inviter des représentants dans les comités futurs. Au CSSSRT, les organismes sont présents aux tables pertinentes à leur mission.
56	Élaborer et valider des critères de priorisation pour optimiser l'accès à l'infirmière-pivot en oncologie (IPO).	- Mise à disposition et utilisation d'une grille de priorisation; - Adaptation d'un outil servant à estimer les effectifs en IPO en fonction des critères de priorité élaborés.	Il n'existe pas de ratio officiel pour estimer les besoins en IPO. Pour les IPO des CSSSAD, CSSSRT, CSSSB : ils sont référés après discussion médicale et selon le siège tumoral. Au CSSSML, ils sont pris en charge complètement pour tous les sièges tumoraux.

Objectif 5.3 - Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
57	Faire connaître le RCQ pour favoriser l'adhésion des différents acteurs.	- Stratégie de communication incluant des moyens pour informer les intervenants et favoriser la circulation de l'information (par exemple : outils web, publications, etc.); - Publication régulière d'une veille informationnelle (informations issues de la recherche sur le cancer et les soins palliatifs, à l'exclusion des résultats de la recherche clinique et fondamentale).	Stratégie de communication intrarégionale en cours d'élaboration.
58	Soutenir l'adoption des pratiques organisationnelles exemplaires dans les établissements du réseau.	- Diffusion d'un répertoire des pratiques exemplaires; - Tenue annuelle d'un colloque sur les pratiques exemplaires.	Stratégie de communication intrarégionale en cours d'élaboration.

Objectif 5.4 - Suivre les progrès de la lutte contre le cancer au Québec

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
59	Évaluer le nouveau programme de cancérologie (plan directeur et plan d'action).	- Plan de surveillance du programme de cancérologie; - Outil commun pour colliger et présenter les résultats de la lutte contre le cancer, tant au palier national que régional ou dans les établissements; - Publication des résultats d'évaluation et des rétroactions.	L'évaluation de notre programme sera planifiée dans le plan d'action par l'entremise des indicateurs de suivis établis par le comité de coordination régional.
60	S'assurer de l'exhaustivité, de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité des données du Registre québécois du cancer (RQC).	- Déploiement de la phase 2 (2013-2016); - Plan d'assurance qualité du RQC; - Plan de diffusion de l'information du RQC; - Transmission des données des registres locaux de cancer (RLC) au RQC selon les conditions prévues au règlement et les cibles définies aux ententes de gestion.	Nous suivons les phases de déploiement du RQC.
61	S'assurer du fonctionnement optimal des	Cadre de référence pour l'élaboration des cahiers de	

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
	RLC.	politiques et procédures des RLC; • Plan de main-d'œuvre en archivistes-registres des RLC 2013-2016; • Plan de formation pour les archivistes-registres des RLC.	

Objectif 5.5 - Maintenir les liens avec les organismes canadiens et internationaux impliqués dans la lutte contre le cancer

	Actions du MSSS	Résultats attendus du MSSS	État de situation région 12
62	Suivre les activités du Partenariat canadien contre le cancer et y participer, lorsqu'approprié.	Participation de la DQC dans le respect des orientations sur les relations intergouvernementales.	Nous participerons aux activités pertinentes, selon les besoins.
63	Suivre les activités de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer et y participer, lorsqu'approprié.	Participation aux réunions du conseil d'administration de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer dans le respect des orientations sur les relations intergouvernementales.	Nous participerons aux activités pertinentes, selon les besoins.
64	Participer aux activités des organisations internationales en lien avec les objectifs de ce plan d'action.	Établissement de liens, par exemple avec <i>l'Union for International Cancer Control</i> .	Nous participerons aux activités pertinentes, selon les besoins.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec

