

Résumé et plan d'action

**Extrait du rapport " Programme
de lutte contre le cancer
du réseau intégré de la région
de la Capitale-Nationale 2012-2017 "**

RÉSUMÉ ET PLAN D'ACTION

***Extrait du rapport « Programme de lutte
contre le cancer du réseau intégré de la
région de la Capitale-Nationale 2012-2017 »***

*Direction régionale des affaires médicales,
universitaires et hospitalières*

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Avril 2012

Direction :

Docteur Rosaire Vaillancourt
Président du Comité directeur régional de lutte contre le cancer

Rédaction :

Madame Gabrielle Mercier-Leblond
Madame Régina Lavoie

Coordination :

Madame Régina Lavoie

Secrétariat :

Madame Louise Vézina
Madame Josée Laframboise

Ce résumé est extrait du *Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale 2012-2017*. La numérotation des tableaux et des figures en fait état.

Pour obtenir un exemplaire du programme, veuillez adresser votre demande à :

**Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Tél : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca**

Version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

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

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. *Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale 2012-2017, Sommaire et plan d'action*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2012, 24 p. et annexes.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CDRLCC	Comité directeur régional de lutte contre le cancer
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CRQ	Clinique-réseau Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRAMUH	Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
HJHSB	Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's
IPO	Infirmière-pivot en oncologie
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
MMS	La Maison Michel Sarrazin
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PLCCRICN	Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SAD	Soutien à domicile
SIC-TO	Système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie
VPH	Virus du papillome humain

L'engagement régional dans la lutte contre le cancer

Depuis le début des années 2000, la région de la Capitale-Nationale œuvre à la mise en place du *Programme national de lutte contre le cancer* « *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* ». Le 1^{er} avril 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a déposé, auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), son *Plan d'action régional 2004-2007* « *Ensemble avec et pour la personne atteinte de cancer et de ses proches* ». 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.

Le *Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale* (PLCCRICN) et son plan d'action 2012-2017 s'inscrivent dans la même foulée. Il couvre l'ensemble des éléments de la gamme de services, soit la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement et le soutien, les soins palliatifs ainsi que la formation et la recherche. La transversalité de la lutte contre le cancer exige la contribution de différents programmes et services, notamment la santé publique, la santé physique et les services généraux, et des partenaires du réseau communautaire.

L'ampleur du défi

La région de la Capitale-Nationale fait partie du regroupement des sept régions de l'Est du Québec qui forment le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). En 2011, la population du RUIS-UL compte 1 729 377 habitants, ce qui représente 21,8 % de la population du Québec.

La population de la région de la Capitale-Nationale est en croissance et selon les données démographiques, cette tendance se poursuivra au cours des prochaines décennies. Le vieillissement de la population s'accroîtra; on estime qu'en 2031, la proportion d'aînés pourrait varier entre 21 % et 39 %.

Chaque année, plus de 3 700 personnes de la région de la Capitale-Nationale reçoivent un diagnostic de cancer (les cancers de la peau autres que le mélanome ne sont pas considérés) pour 25 % des cas de cancer de la province. Plus de la moitié de ces nouveaux cas sont des cancers du poumon, du sein, du côlon et du rectum, et de la prostate. Le cancer du poumon se classe au premier rang.

Le cancer représente la première cause de mortalité dans la région, 1 700 personnes en décèdent chaque année, soit le tiers de tous les décès. Le cancer du poumon en est le premier responsable. En général, le taux de mortalité par cancer a diminué de façon importante chez les hommes. Par contre, les hommes et les femmes de la région demeurant dans les milieux défavorisés, matériellement ou socialement, présentent un risque plus élevé d'être atteints ou de mourir du cancer du poumon.

Étant donné le vieillissement de la population de la région de la Capitale-Nationale et que le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge, on prévoit une hausse du nombre de nouveaux cas et de décès dus à cette maladie. *Les données sociodémographiques sur l'incidence et la mortalité par cancer dans la Capitale-Nationale* ainsi que celles sur les principaux déterminants associés au cancer, mises à jour aux cinq ans par la Direction régionale de santé publique (DRSP), permettront d'en suivre l'évolution.

La méthodologie retenue pour l'analyse de l'offre de service

Pour faire l'analyse de l'offre de service hiérarchisée de soins et de services du réseau intégré de lutte contre le cancer (cf. annexe I), le Comité directeur régional de lutte contre le cancer (CDRLCC) a pris en compte, au niveau national, le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (1998), le *Programme national de santé publique* (2003-2012), la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* (2004) et les *Orientations prioritaires 2007-2012*.

Au niveau régional, le CDRLCC s'est appuyé sur le *Programme de lutte contre le cancer 2004-2007 de la Capitale-Nationale* et son bilan en 2010, sur le *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, sur la *Planification stratégique 2010-2015* de l'Agence, sur les travaux du comité interne d'arrimage touchant le programme réseau de lutte contre le cancer de la Capitale-Nationale et, finalement, sur des consultations effectuées auprès de différentes instances régionales.

Au niveau local, les projets cliniques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les programmes de lutte contre le cancer des centres hospitaliers universitaires (CHU) ont été examinés. Des données de nature qualitative (collectées par entrevue individuelle, entrevue de groupe, et consultation de différents dossiers) sont venues se greffer. L'approche par informateurs-clés a été adoptée pour obtenir une information privilégiée sur certains aspects, tels que les besoins non comblés pour la clientèle atteinte de cancer et ses proches, et sur l'organisation des services. Plus de 225 personnes ont été rencontrées au sein des équipes interdisciplinaires et d'un groupe de personnes atteintes de cancer.

Les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches

Face à l'importance du défi, il est primordial de bien connaître les attentes des personnes atteintes de cancer pour assurer une organisation des soins et des services en oncologie qui répondent aux besoins. Il ressort de toutes les informations tirées du *Programme québécois de lutte contre le cancer 1998* ainsi que des rencontres de cliniciens et de membres d'un regroupement de personnes atteintes et de leurs proches, que les besoins touchent principalement l'humanisation des soins, l'adaptation de l'information à la personne, le soutien dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la survivance où à la fin de vie, la diffusion d'information sur les ressources communautaires au cancer, l'accès à une infirmière-pivot en oncologie (IPO), la circulation de l'information entre les prestataires de soins et la collaboration entre le médecin spécialiste et le médecin de famille pour assurer la continuité des services.

La vision de l'organisation des services

Le CDRLCC a fait sienne la vision énoncée dans la *Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015*, soit d'agir en amont des problèmes de santé et de bien-être et de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par des actions concertées, d'améliorer le niveau de services de première ligne dans chacun des réseaux locaux dans le cadre des projets cliniques, d'assurer les délais d'accès attendus aux services spécialisés et améliorer l'appui de ces services spécialisés à la première ligne, d'exercer le leadership d'une région universitaire en matière d'innovation, de performance et d'évaluation (RUIS et Réseau universitaire intégré jeunesse) et, finalement, de prendre soin de la dimension « ressources humaines » et d'innover dans les pratiques de gestion.

Les objectifs

Tous les acteurs concernés et engagés dans la lutte contre le cancer poursuivent des objectifs communs, soit de diminuer la mortalité par cancer, de promouvoir les activités visant à réduire les risques de cancer, d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, de faciliter le cheminement de la personne atteinte et de ses proches tout au long du continuum de soins, d'intégrer les services et les activités afin de répondre aux besoins de ces derniers et, enfin, de soutenir la formation, l'enseignement et la recherche.

L'importance d'unir nos forces

La structure de gouverne régionale dans la lutte contre le cancer, adoptée en 2010, est maintenant implantée et fonctionnelle (cf. annexe II). Chaque composante de l'organisation régionale de première, deuxième et troisième ligne contribue au fonctionnement du réseau régional intégré (cf. annexe III). Tous les CSSS ont élaboré un projet clinique cancer, qui viendra à échéance en 2011-2012, et les centres hospitaliers (CH) ont un programme de lutte contre le cancer.

À la suite de la démarche de désignation des équipes interdisciplinaires en oncologie amorcée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2004, au total 16 équipes ont obtenu leur reconnaissance, dont 3 équipes locales conjointes CSSS/CH, une équipe locale CSSS, une équipe locale pédiatrique et 12 équipes suprarégionales. Le modèle des équipes conjointes s'étant avéré non concluant, les gestionnaires proposent la mise en place d'un niveau local et d'un niveau régional. La prochaine démarche de désignation des équipes en oncologie débutera en septembre 2012. Les établissements de la région ont pris les mesures nécessaires afin de combler les lacunes en rapport avec les banques de données cliniques.

Pour renforcer la lutte contre le cancer, le MSSS demande à chaque région de désigner un centre spécialisé en cancer intégré au sein des réseaux de service. Comme chaque CHU de la région a développé des pointes d'expertise, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale en concertation avec les établissements, a opté pour un consortium désigné en cancer composé des trois CHU.

Un réseau de soins et services hiérarchisé

Pour être efficace, la lutte contre le cancer doit viser l'ensemble des éléments du continuum de soins et services, de la prévention à la survivance ou aux soins de fin de vie (cf. annexe IV).

Les services médicaux et généraux de première ligne

Le médecin de famille joue un rôle de premier plan dans la lutte contre le cancer. Sa contribution est requise tout au long de la trajectoire dans la hiérarchisation des services. En 2011, les services médicaux et généraux de première ligne sont offerts par 28 groupes de médecine de famille (GMF) et 8 cliniques-réseau Québec (CRQ) sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord. Au 1^{er} mai 2011, 57 % de la population de la région de Québec avait accès à un médecin de famille. La clientèle atteinte de cancer en traitement actif sans médecin de famille devrait être priorisée au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille.

La promotion de saines habitudes de vie, prévention des cancers et protection

Malgré une tendance à la baisse de la consommation de tabac, 22,1 % de la population de plus de 12 ans fume encore. En 2008, la population du district du centre local de services communautaires Basse-Ville-Limoilou-Vanier était celle, dans la région, qui comptait le plus de fumeurs (37 %). C'est dans ce secteur que se concentre le plus grand nombre de personnes vivant dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité. La région offre des services de soutien en cessation tabagique par l'entremise des centres d'abandon du tabagisme (CAT), accessibles dans les quatre CSSS, et aussi un programme de cessation du tabagisme pour les patients hospitalisés à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) révèlent une diminution significative de l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics, mais aussi une tendance à la diminution de l'exposition à la fumée secondaire à la maison et dans les véhicules.

Les données de l'ESCC de 2008 indiquent également que 47,1 % de la population présente un surplus de poids (incluant l'embonpoint et l'obésité), une augmentation par rapport aux données de 2003. Comparativement à 2003, on note une amélioration de la consommation de fruits et légumes dans la région, malgré qu'encore 49,5 % de la population de la région ne consommait pas les cinq portions de fruits et légumes recommandées quotidiennement. Toujours en 2008, la moitié des personnes de 12 ans et plus étaient actives dans leurs loisirs.

La Capitale-Nationale dispose d'une programmation cadre pour l'action régionale et de première ligne pour la promotion de saines habitudes de vie. Il s'agit du *Programme unifié 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION*, qui mise sur des actions éducatives et environnementales. Les actions éducatives sont réalisées auprès des médecins et des professionnels de la santé. Pour les actions environnementales, il se fait une mobilisation régionale et locale en faveur des saines habitudes de vie. Quatre priorités ont été retenues dans la région : les déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux, l'amélioration de l'offre alimentaire et l'absence de fumée de tabac dans l'environnement.

L'ensemble des activités de protection en santé environnementale visent à réduire l'exposition de la population à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques ou radiologiques, dont certains sont réputés cancérigènes. De manière particulière, l'équipe de la DRSP s'intéresse à la présence du radon dans le milieu résidentiel. Après le tabagisme, l'exposition au radon vient au deuxième rang des causes de cancer du poumon et se situe au premier rang chez les non-fumeurs. Les effets sur la santé d'une exposition conjuguée au tabac et au radon sont plus importants que la somme de leurs effets individuels. Pour le MSSS, il s'agit d'un problème en émergence en santé environnementale, après le réchauffement climatique.

Au niveau de la région, un programme de lutte aux cancérigènes professionnels est en élaboration, et l'un des objectifs visés est de diminuer de 10 % le nombre de travailleurs considérés comme exposés aux cancérigènes ciblés.

Au Québec, deux programmes de vaccination permettent de prévenir les cancers. Il s'agit de la vaccination contre l'hépatite B (cause de 80 % des carcinomes hépatocellulaires) et contre le virus du papillome humain (VPH) (cause de tous les cancers du col de l'utérus et de certains autres cancers). On estime que la vaccination contre le VPH pourra prévenir 70 % des cancers du col si la couverture vaccinale est de 70 % et plus et que la protection conférée par le vaccin dure au moins 10 ans. Les filles de 4^e année et de 3^e secondaire sont ciblées.

Depuis l'introduction de cette vaccination en 2008, on remarque, tant au Québec que dans la région, une diminution de la couverture vaccinale, soit une diminution de 5 % pour les deux groupes dans la même période.

Le dépistage des cancers, plus spécifiquement le cancer du sein, du col utérin, colorectal et du poumon

Le dépistage est partie intégrante de la trajectoire de la personne atteinte de cancer.

Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) est un programme bien implanté. En 2010, le taux de participation des femmes de la région atteignait 68,4 %, comparativement à la moyenne provinciale de 57,6 %. On constate que la participation décroît avec l'âge et varie selon les secteurs de centres locaux de services communautaires (CLSC). Les femmes des milieux défavorisés, handicapées et immigrantes participent moins. Il faut donc continuer d'appuyer le programme pour rejoindre ces femmes. Pour diminuer la mortalité par cancer du sein, la participation de 70 % des femmes de 50 à 69 ans est nécessaire.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait l'objet d'un dépistage opportuniste c'est-à-dire qu'il ne s'appuie pas sur un programme « systématique ». Le programme de vaccination contre le VPH est appliqué depuis 2008. À la suite d'un avis favorable de l'Institut national de santé publique de Québec, le MSSS envisage le déploiement d'un programme systématique du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. Le projet conjoint du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA), retenu comme site de démonstration, est en cours. Il n'existe pas de dépistage pour le cancer du poumon. Nul doute que le MSSS et les experts en santé publique surveilleront de près les développements dans ce dossier.

En moins de 10 ans, des gènes majeurs prédisposant à des cancers fréquents ont été identifiés. En raison de leur mission universitaire, les CHU de la région offrent des services de génétique en oncologie.

Le soutien, l'intervention psychosociale et spirituelle

L'expérience du cancer s'accompagne d'une fluctuation des besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Ces besoins s'accompagnent souvent de détresse. L'implantation du dépistage systématique de la détresse dans la région permettra de mieux la détecter et d'apporter une réponse adaptée aux besoins exprimés, qui peuvent être comblés soit par les intervenants réguliers ou par des professionnels psychosociaux.

Très peu d'heures de services psychosociaux en première ligne sont réservées à l'oncologie, mais des intervenants psychosociaux sont maintenant présents dans l'ensemble des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer de la région. L'équipe spécialisée en oncologie psychosociale et spirituelle de L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), qui, d'ailleurs, est la seule au Québec avec une reconnaissance suprarégionale, offre notamment du soutien et de la formation à travers le réseau. Le Centre Spiritualitésanté est une initiative régionale qui répond aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées et des personnes des territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord. Les services pour les personnes en ambulatoire sont très limités.

L'organisation des soins en oncologie psychosociale de la région présente un défi d'accessibilité des services et de l'expertise psychosociale spécifique en oncologie. Des liens

de collaboration se sont néanmoins développés entre les différents programmes, entre les établissements et entre les organismes communautaires rattachés à la clientèle atteinte de cancer et ses proches. Il sera nécessaire de consolider ces liens.

L'investigation

Toutes les demandes notées comme étant de la suspicion de cancer sont traitées en priorité. Les laboratoires de la région sont informatisés et l'accès au dépôt régional des résultats de laboratoire est opérationnel.

En imagerie médicale, tous les appareils sont passés au mode numérique. Malgré l'extension des plages horaires, l'accès aux appareils diagnostiques est encore limité.

En anatomopathologie, la situation reste fragile en raison de la difficulté de recrutement. Pour éviter une rupture de services, le CHUQ et le CHA doivent recourir à des ententes avec des laboratoires privés. Les cliniciens déplorent les délais importants pour obtenir les résultats. Le laboratoire de pathologie de l'IUCPQ est un laboratoire majeur pour le cancer du poumon. Il a d'ailleurs reçu la mention de pratique exemplaire par *Agrément Canada* en 2009.

Pour la référence en spécialité, afin de faciliter l'accessibilité et la continuité des services, les omnipraticiens des GMF et des CRQ utilisent des algorithmes de priorité d'accès par site tumoral. L'IUCPQ a mis en œuvre un guichet d'accès de coordination du siège tumoral poumon, qui est très souvent souligné par les médecins comme un bel exemple. Il faudra s'en inspirer dans l'instauration des guichets d'accès pour les sites tumoraux des cancers les plus fréquents.

Le traitement

Le traitement du cancer repose sur une approche mettant à profit l'expertise de plusieurs disciplines médicales et professionnelles. Les avancées thérapeutiques des dernières années permettent d'offrir une gamme de traitements plus efficaces et moins toxiques. Par ailleurs, la population atteinte de cancer sera de plus en plus âgée et affectée d'autres pathologies. Pour une réponse adaptée, il faudra tenir compte de cette réalité et développer une approche gériatrique.

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ainsi que le CSSS de Charlevoix font de la chirurgie oncologique selon leur niveau d'expertise. En 2011, l'ensemble des établissements de la région ont respecté la cible ministérielle fixée à 60 % de chirurgies oncologiques réalisées en 28 jours. Bien que le MSSS demande que cette cible soit de 90 % en 2015, la région de la Capitale-Nationale s'est donné comme objectif de l'atteindre en 2012.

Les traitements de chimiothérapie sont administrés dans tous les CHSGS et aussi au CSSS de Charlevoix. Le CSSS de Portneuf travaille sur un projet de mise en place d'une unité de chimiothérapie sur son territoire. L'augmentation de la clientèle et l'introduction de traitements de plus en plus longs ont déjà un impact sur l'accessibilité des services, et la tendance s'accroîtra dans les prochaines années.

Pour ce qui est des greffes de moelle osseuse, entre 100 et 150 sont réalisées annuellement par le CHA et le CHUQ, dont 58 % au CHA. Le CHA se penche sur un projet visant la transplantation en ambulatoire.

Le centre de radiothérapie de L'HDQ est un centre de référence pour le RUIS-UL. Il offre de la radiothérapie externe, de la curiethérapie et de la radiochirurgie. Le CHUQ a un ratio de traitements par accélérateur bien au-delà des normes du MSSS, une cadence qu'il ne pourra pas maintenir encore longtemps. L'Agence a autorisé le CHUQ à rédiger un avis de reconnaissance de besoins en radiothérapie, afin d'assurer à la clientèle un service accessible. Actuellement, le changement de trois accélérateurs oblige le CHUQ à transférer toute la clientèle de radiochirurgie et de radiothérapie stéréotaxique à Montréal et à Sherbrooke. L'acceptation du projet d'un service de curiethérapie à même le centre de radiothérapie améliorera l'accès aux services.

Malgré les limites énoncées, le Centre de radiothérapie réussit en général à atteindre la cible ministérielle de 90 % de la clientèle traitée à l'intérieur de quatre semaines. Dans le souci d'optimiser et de consolider l'organisation des services en radio-oncologie pour les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, le CHUQ et le CSSS Alphonse-Desjardins ont déposé, au MSSS, un projet conjoint de développement des services de radio-oncologie.

Les personnes atteintes de cancer de la sphère oto-rhino laryngologique et maxillo-faciale bénéficient de traitements ultra-spécialisés offerts par les dentistes du CHUQ et d'une forte équipe de spécialistes en médecine dentaire du CHA, en implantologie dentaire et de traumatologie maxillo-dentaire. Pour les patients avec des mutilations importantes au visage, l'équipe du CHUQ a mis au point un service d'épithèses simples et complexes.

Étant donné leur mission CLSC, les CSSS offrent tous les services de prélèvement, les soins infirmiers et le soutien psychosocial par l'entremise des services généraux. Les services psychosociaux, comme ceux liés à la nutrition, varient d'un CSSS à l'autre, suivant leur organisation. À domicile, en partenariat avec la communauté, sont notamment accessibles les soins infirmiers, les soins d'assistance, le soutien psychosocial et les soins palliatifs. Tout comme pour les services généraux, l'accès à certains services est variable. Le faible effectif en nutrition en première ligne limite la réponse à la demande.

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec est le seul établissement désigné « institut universitaire » en réadaptation au Québec qui offre une gamme de services à différentes clientèles, dont celle des personnes avec une déficience physique (ex. : à la suite d'une amputation). Les personnes atteintes de cancer musculosquelettique devrait avoir accès à des prothèses mieux adaptées à leur condition, selon l'équipe spécialisée dans ce type de cancer.

Le CHUQ, mandaté par le MSSS, gère par ses services d'orthophonie la distribution des aides à la communication destinées aux personnes laryngectomisées, trachéotomisées et glossectomisées du Québec, ainsi que des services de réadaptation. Il offre aussi du soutien aux intervenants pour favoriser la prise en charge du patient dans son milieu. La cohorte des patients augmente d'année en année; en 2011, les heures allouées ne suffisent plus à répondre à la demande.

Le CHUQ et le CHA offrent des services de stomothérapie et sont en mesure de répondre aux demandes dès la référence.

Les deux tiers des adultes qui reçoivent un diagnostic de cancer aujourd'hui seront en vie dans cinq ans. À l'étape de transition qui suit les traitements médicaux, les survivants doivent reprendre leurs rôles sociaux (ex. : sur le plan familial, professionnel, scolaire et social) en même temps qu'ils doivent composer avec le cancer et certaines conséquences du traitement.

Des groupes d'intérêt se mobilisent pour sensibiliser les administrateurs publics du domaine de la santé, afin qu'ils reconnaissent les besoins des survivants. Des projets de recherche en cours explorent divers modes d'intervention pour favoriser le bien-être de ces personnes.

Les soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs sont définis comme « l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie au pronostic réservé ». La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* établit les balises de l'organisation des services pour faire face au défi grandissant posé par les besoins des personnes en fin de vie, quelle que soit la maladie en cause. Le développement des services de soins palliatifs doit prendre en compte l'objectif de maintenir, le plus longtemps possible, dans leur milieu de vie naturel les usagers qui le souhaitent et dont la condition le permet.

En mars 2008, le Comité régional de soins palliatifs a adopté le rapport sur *Les besoins en lits de soins palliatifs dans la région de la Capitale-Nationale*, qui a été entériné par l'Agence. En toile de fond de ce document, on retrouve la vision de ce que doit devenir notre réseau régional intégré de soins palliatifs. Le réseau projeté prend en charge toutes les maladies susceptibles de se conclure par une phase palliative et couvre les dimensions suivantes : clientèle à domicile, clientèle hospitalisée, clientèle en milieu de vie substitut, enseignement, recherche et évaluation, hospitalisations de « moyen séjour ».

La région dispose de soins à domicile : ils sont offerts par des équipes interdisciplinaires spécialisées en soins palliatifs dans les CSSS de la Vielle-Capitale et de Québec-Nord, et par l'équipe régulière de soins à domicile (SAD) dans les autres CSSS. Des lits communautaires sont déployés dans tous les territoires de CSSS. Des lits regroupés de soins palliatifs ont été mis en place dans chaque CH, et des services de soins palliatifs de troisième ligne dans les CHSGS ainsi que des services en soins palliatifs pédiatriques sont offerts au Centre mère-enfant du CHUQ. Le CHA, le CHUQ, l'IUCPQ, l'Hôpital Jeffrey Hale - Saint Brigid's (HJHSB) et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec comptent sur des équipes médicales de consultation en soins palliatifs.

Dans un état de la situation des soins palliatifs à domicile en 2010, on constate que l'accès aux services, en fonction du besoin réel de la personne, demeure variable selon le territoire de résidence. Les ressources pour le maintien à domicile de cette clientèle sont encore insuffisantes. Au regard des ressources d'hébergement pour les personnes en soins palliatifs en perte d'autonomie et dont le pronostic de vie est de plus de deux mois, les ressources manquent également.

La Maison Michel Sarrazin (MMS), en plus de ses 15 lits, gère le seul centre de jour en soins palliatifs au Québec. Désignée équipe suprarégionale de niveau IV en soins palliatifs, la MMS demeure un animateur de premier plan d'une approche réseau en formation et en recherche en soins palliatifs.

Le continuum de soins et services

La fluidité de la trajectoire des soins et services est un incontournable. Assurer l'accessibilité et la continuité des soins et services repose sur l'expertise des ressources humaines en oncologie, sur des ententes interétablissements et sur le transfert des informations entre les intervenants.

La présence des IPO constitue un élément-clé dans l'intégration des services en oncologie et dans la fluidité de la trajectoire de soins de la personne atteinte de cancer. La qualité de la formation initiale et continue des ressources humaines, ainsi que l'évolution de l'effectif, sont une préoccupation majeure pour mieux répondre à la demande croissante et réduire les inégalités d'accès. On observe une rareté, une disponibilité moindre des effectifs et une absence de relève, notamment chez les médecins omnipraticiens, les spécialistes, les infirmières et les autres professionnels en oncologie (ex. : pharmaciens, orthophonistes, nutritionnistes, etc.).

Des ententes de services officielles et non officielles existent entre les différents établissements de la région de la Capitale-Nationale et entre les établissements du RUIS-UL. Souvent, ces ententes sont de gré à gré entre les médecins.

Le défi de l'intégration de l'information clinique est grand, d'autant plus que la personne atteinte obtiendra ses soins sur une trajectoire qui se déroulera à 95 % en mode ambulatoire. Le projet en cours, piloté par le CHUQ et appuyé par les autres CHSGS, d'un système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie (SIC-TO) devrait répondre aux besoins d'informations cliniques. Le *Passeport en oncologie* est aussi un bon outil de transfert d'informations cliniques.

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est en projet-pilote dans la région depuis 2007. Les données cliniques concernées à ce jour sont les données du médicament, du laboratoire et de l'imagerie médicale. En date de septembre 2011, le DSQ est implanté dans huit pharmacies et cinq sites cliniques. Le volet laboratoire est en projet-pilote depuis février 2011 avec les laboratoires du CHA et du CHUQ, et le volet imagerie médicale l'est depuis septembre 2011.

Il serait important que les différents systèmes informationnels puissent s'interfacer, afin d'avoir un seul outil clinique dont le contenu comprend l'ensemble de l'information pertinente du continuum de soins et services de la personne atteinte de cancer.

Les meilleurs standards de pratique

L'évolution des nouvelles pratiques et le transfert des connaissances

L'évolution des connaissances et des traitements en oncologie en font une spécialité. Pourtant, aucune formation de base n'est disponible au Québec. Depuis cinq ans, la formation sur l'interdisciplinarité et du *coaching* ont été dispensés dans la majorité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Grâce aux discussions de cas, le travail en interdisciplinarité contribue à l'acquisition et au maintien des compétences.

Afin d'améliorer leur pratique et de consolider leur rôle, il existe un regroupement professionnel des IPO avec un plan de formation annuel. Il est en de même en soins palliatifs, où huit regroupements de professionnels sont actifs. Des demandes ont été faites afin que de tels groupes soient constitués pour les nutritionnistes, les pharmaciens et les intervenants psychosociaux.

Les discussions du Comité des thérapies du cancer permettent de générer du savoir et de revoir les principes de base de la gestion thérapeutique, ce qui contribue au transfert de l'information. L'ensemble des équipes suprarégionales de lutte contre le cancer de la région tiennent régulièrement des cliniques de tumeurs. La visioconférence est souvent utilisée afin de

couvrir tout le territoire du RUIS-UL. De par leur mission suprarégionale, les équipes interdisciplinaires dispensent de la formation spécifique à leur spécialité.

La télésanté est un projet de téléconsultation et de soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires entre les CHU et le CHSGS du RUIS-UL. D'ici quelques mois, les médecins du RUIS-UL pourront compter sur une autre technologie, soit le service de télépathologie.

La recherche fondamentale, clinique et évaluative en oncologie

Chaque établissement universitaire dirige un centre de recherche, et chaque équipe suprarégionale de lutte contre le cancer est associée à des projets de recherche et se doit de produire des publications.

Le Centre de recherche de l'IUCPQ est reconnu à l'échelle internationale. La recherche y est regroupée sous trois grands axes : la cardiologie, la pneumologie, l'obésité et le métabolisme énergétique. Le cancer est l'un des grands sujets de recherche du CHUQ. Le Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie est un centre ambulatoire adapté spécifiquement à l'oncologie, qui regroupe un nombre important d'activités cliniques, de formation et professionnelles. Les cliniciens du Centre de recherche du CHA travaillent en étroite collaboration avec plusieurs partenaires et participent à différentes études multicentriques nationales et internationales.

Le Centre de recherche du CSSS de la Vieille-Capitale a trois axes d'expertise, dont le premier est *Proximité territoriale et communautaire*. Il a aussi réalisé une étude portant sur le processus de développement et de maintien d'un mode de collaboration fonctionnel et satisfaisant entre les acteurs impliqués dans l'offre de services médicaux de première et deuxième ligne pour la clientèle en présomption ou atteinte d'un cancer colorectal.

La recherche en soins palliatifs dans la région s'est développée depuis 1995 sous l'impulsion de la MMS. Cette équipe multidisciplinaire a évolué dans une approche réseau. La stratégie de développement retenue est celle du regroupement en une seule équipe régionale, sur une base volontaire, des chercheurs en soins palliatifs et en oncologie psychosociale, sous l'appellation *Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en Oncologie psychosociale et Soins palliatifs*. Cette infrastructure viendrait soutenir les efforts de recherche de l'ensemble des équipes suprarégionales de notre région dans la lutte contre le cancer.

De façon générale, le financement demeure un enjeu majeur pour soutenir et développer la recherche.

L'évolution des nouvelles technologies

Plusieurs projets de modernisation des équipements et des immobilisations sont soit déjà autorisés, soit en élaboration ou en évaluation. L'objectif visé est d'être à la fine pointe technologique pour répondre aux besoins de la clientèle atteinte de cancer.

Des priorités pour aller plus loin

L'analyse de l'ensemble des composantes du PLCCRICN a permis de faire ressortir les forces, les problèmes, les défis à relever et les améliorations à apporter à l'organisation des services. Par consensus, les membres du CDRLCC ont établi les priorités 2012-2017. Afin d'assurer un

suivi rigoureux des actions déterminées, des mesures phares ont été ciblées. Ces mesures guideront le CDRLCC pour suivre l'évolution des résultats, permettre la rétroaction et, s'il y a lieu, faire les ajustements au moment opportun.

Le *Plan d'action 2012-2017* s'inscrit dans la continuité de celui de 2004-2010 de la région. Il capitalise sur les acquis et s'engage sur des voies nouvelles. Il est construit autour de cinq axes, de sept priorités et de dix mesures phares.

Ces sept priorités sont :

1. implanter le PLCCRICN afin de surveiller et promouvoir la santé, de détecter précocement le cancer et le prévenir;
2. suivre l'incidence et la mortalité par cancer de la population de la région de la Capitale-Nationale afin de surveiller et promouvoir la santé, de détecter précocement le cancer et le prévenir;
3. agir sur les principaux déterminants associés au cancer (habitudes de vie : tabagisme, alimentation, activité physique, santé environnementale et santé et sécurité dans les milieux de travail), afin de surveiller et promouvoir la santé, de détecter précocement le cancer et le prévenir;
4. appuyer les programmes de dépistage des cancers, plus spécifiquement le cancer du sein, du col utérin et colorectal, afin de surveiller et promouvoir la santé, de détecter précocement le cancer et le prévenir;
5. améliorer l'accessibilité et la continuité dans la trajectoire de soins et services de qualité pour la personne atteinte de cancer, afin de faciliter le parcours de cette dernière;
6. favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes, afin de soutenir l'évolution des pratiques;
7. mettre en place des mécanismes de suivi de l'implantation et d'évaluation du PLCCRICN, afin d'évaluer l'atteinte des résultats.

Les 10 mesures phares de ce plan sont :

1. ajuster l'offre de service pour répondre aux besoins de la clientèle atteinte de cancer et de ses proches;
2. structurer le modèle régional des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer;
3. intensifier la lutte au tabagisme;
4. assurer l'accès aux médecins de famille à toutes les personnes atteintes de cancer ;
5. implanter le dépistage systématique de la détresse dans l'ensemble des établissements du réseau intégré de lutte contre le cancer;
6. rehausser le centre de radiothérapie du CHUQ afin de disposer du nombre d'appareils nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs de la clientèle;
7. respecter la norme ministérielle afin que 90 % de la clientèle ait accès à de la chimiothérapie et à de la radiothérapie dans un délai inférieur à 28 jours;
8. respecter les ententes de gestion régionales afin que 90 % de la clientèle ait accès à la chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours;
9. améliorer l'accès aux soins palliatifs de fin de vie;
10. assurer le suivi des indicateurs de résultats du plan d'action du PLCCRICN.

Priorités régionales, mesures et actions 2012-2017

AXE D'INTERVENTION 1 : CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE

Priorité 1 : Implanter le PLCCRICN

Mesures et actions



1. Ajuster l'offre de service pour répondre aux besoins de la clientèle atteinte de cancer et de ses proches (entre 2012-2017) :
 - Améliorer l'accessibilité et la continuité des services tout au long de la trajectoire des soins et services;
 - Sensibiliser les différents intervenants à l'humanisation des soins;
 - Compléter et bonifier les mesures d'accompagnement;
 - Augmenter la fluidité de l'échange de l'information dans le continuum de soins et services.

2. Structurer le modèle régional des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer :
 - En 2012, mettre en œuvre le modèle adopté;
 - Soutenir la démarche de désignation des équipes interdisciplinaires.

3. Planifier une démarche régionale de projet clinique cancer pour les CSSS et de programme de lutte contre le cancer pour les établissements :
 - En 2012, 100 % des établissements auront un projet clinique cancer et un programme de lutte contre le cancer;
 - En 2014, tous les projets cliniques et les programmes seront analysés en s'assurant que les paramètres essentiels à la lutte contre le cancer sont inclus, de la prévention au deuil.

4. Décrire l'offre de service suprarégionale en oncologie du RUIS-UL :
 - En 2013, faire l'analyse de l'offre de service suprarégionale en oncologie et les recommandations nécessaires.

5. Implanter le consortium spécialisé en cancer intégré au réseau :
 - En 2012, définir le modèle d'organisation du consortium en fonction des critères de la désignation de la Direction québécoise du cancer.

AXE D'INTERVENTION 2 : SURVEILLER, PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR

PRIORITÉ 2 : Suivre l'incidence et la mortalité par cancer de la population de la Capitale-Nationale

Mesures et actions

1. Produire annuellement un état de la situation sur l'incidence et la mortalité par cancer de la population de la région de la Capitale-Nationale :
 - À partir de septembre 2012, déposer l'état de la situation au CDRLCC.
2. Produire régulièrement un rapport sur les principaux déterminants associés au cancer :
 - À partir de décembre 2012 et aux deux ans, déposer l'état de la situation au CDRLCC.

PRIORITÉ 3 : Agir sur les principaux déterminants associés au cancer (habitudes de vie : tabagisme, alimentation, activité physique, santé environnementale et santé et sécurité dans les milieux de travail)

Mesures et actions



1. Intensifier la lutte au tabagisme :

D'ici 2015, diminuer de 10 % le nombre de fumeurs dans la région de la Capitale-Nationale.

- Soutien à la cessation tabagique :
 - En 2012, 10 % du nombre de fumeurs âgés de 45 à 64 ans auront été soutenus en cessation tabagique;
 - En 2013, augmentation ou maintien du taux d'abandon de 41 % du nombre de fumeurs rejoints dans le cadre de l'expérimentation du projet *Aide à la cessation tabagique pour la clientèle « fumeurs » hospitalisée à l'IUCPQ*;
 - En 2015, 100 % des hôpitaux auront implanté le projet *Aide à la cessation tabagique pour la clientèle « fumeurs » hospitalisée*;
 - En 2012, 100 % des intervenants en cessation tabagique des CAT auront été formés pour intervenir auprès des femmes enceintes et pour soutenir les équipes des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* et du *Programme œufs, lait, oranges*;
 - En 2012, en collaboration avec la Société canadienne du cancer (responsable du projet), promouvoir le nouveau projet de soutien à la cessation tabagique par texto et l'utilisation de nouvelles technologies de l'information dans la mise en place d'un service d'aide pour les fumeurs de 18 à 24 ans;
 - En 2015, 100 % des CSSS et l'HJHSB auront mis en œuvre des projets de pratiques cliniques préventives sur la cessation tabagique.

- Protection de la population contre la fumée secondaire :
 - En 2012, finaliser le projet en expérimentation *Parcs, aires de jeux extérieurs et espaces verts sans fumée de tabac*, dans la ville de L'Ancienne-Lorette;
 - En 2012, soutenir les municipalités souhaitant réglementer la consommation de produits du tabac dans les parcs, aires de jeux extérieurs et espaces verts.
 - Prévention du tabagisme auprès des jeunes :
 - 100 % des écoles secondaires et des cégeps déploieront des actions liées aux programmes *La gang allumée* et *De Facto*.
2. Soutenir, dans le cadre d'une action intersectorielle, les établissements publics et les municipalités dans la mise en œuvre de mesures pour réduire la présence du radon dans les maisons et les bâtiments publics (entre 2011 et 2014) :
- Informer et sensibiliser la population sur les risques associés au radon, sa détection et l'application des mesures correctives;
 - Informer, sensibiliser et mobiliser les partenaires des différents secteurs afin qu'ils participent à la stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon;
 - Analyser les données acquises sur les concentrations de radon dans les bâtiments publics (notamment les établissements scolaires) et les habitations.
3. Augmenter le taux de participation au programme de vaccination VPH auprès des filles :
- Soutenir les vaccinateurs dans les milieux cliniques afin d'augmenter la couverture vaccinale pour les groupes cibles;
 - Soutenir les campagnes de sensibilisation du MSSS dans le cadre du programme de vaccination contre le VPH auprès de nos partenaires.

PRIORITÉ 4 : Appuyer les programmes de dépistage des cancers, plus spécifiquement le cancer du sein, du col utérin et colorectal

Mesures et actions

1. Sensibiliser les professionnels de la santé à faire des recommandations, au regard des pratiques préventives en faveur du dépistage des cancers :
 - D'ici 2015, informer et former les cliniciens sur les services de dépistage (systématique ou opportuniste) à offrir à la population.
2. Implanter un programme systématique de dépistage du cancer colorectal, selon les recommandations du MSSS :
 - Réaliser le projet régional de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.

3. Continuer d'appuyer le PQDCS pour atteindre le taux optimal de participation des femmes, ainsi que la réduction de la mortalité attendue :
 - Entre 2012 et 2017, atteindre 70 % de taux de participation au programme par sa promotion auprès des femmes visées par le dépistage du cancer du sein, et réaliser des activités de sensibilisation et de formation auprès des cliniciens;
 - Entre 2012-2017, maintenir les activités visant l'amélioration de la qualité du programme.

AXE D'INTERVENTION 3 : FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES

PRIORITÉ 5 : Améliorer l'accessibilité et la continuité dans la trajectoire de soins et services de qualité pour la personne atteinte de cancer

L'accès à un médecin de famille

Mesure et action



1. Assurer l'accès aux médecins de famille à toutes les personnes atteintes de cancer :
 - En 2013, 80 % de la clientèle sans médecin de famille en traitement actif de cancer aura accès, dans un délai inférieur à 30 jours, à un médecin de famille.

Le soutien, l'intervention psychosociale et spirituelle

Mesures et actions



1. Définir un modèle d'organisation d'un réseau intégré et hiérarchisé de services psychosociaux en oncologie comprenant l'ensemble des acteurs, dont les organismes communautaires :
 - En 2012, mettre en place un comité régional des services psychosociaux en oncologie et en 2013, déposer un plan d'action.
2. Implanter le dépistage systématique de la détresse dans l'ensemble des établissements du réseau intégré de lutte contre le cancer :
 - En 2014, 100 % des établissements auront débuté l'implantation du dépistage systématique de la détresse.
3. Faire connaître à l'ensemble des intervenants du réseau les organismes communautaires dont les services sont destinés aux personnes atteintes et à leurs proches :
 - En 2013, diffuser de l'information pour faire connaître les ressources communautaires dont les services sont réservés aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.

L'investigation

Mesures et actions

1. S'assurer que l'accès aux rapports de pathologie pour la personne en suspicion de cancer respecte les normes :
 - En 2013, 90 % des rapports de pathologie pour la clientèle en suspicion de cancer seront disponibles, selon le délai établi par l'équipe suprarégionale du site tumoral ou selon les normes ministérielles à venir.
2. Restructurer ou instaurer des guichets d'accès régional et suprarégional en spécialité pour les sites tumoraux associés aux cancers les plus fréquents :
 - En 2016, 90 % des recommandations du rapport d'analyse portant sur les trajectoires d'accès aux services associés aux différents sites tumoraux, dont le poumon, le sein, le colorectal et la prostate, seront actualisées.

Le traitement

Mesures et actions

1. Rehausser le centre de radiothérapie du CHUQ :
 - En 2015, la clientèle de la région pourra compter sur le nombre d'appareils requis, selon le scénario proposé par le CHUQ.
2. Respecter les normes ministérielles d'accès en radiothérapie et en chimiothérapie :
 - En 2012, 90 % de la clientèle médicalement prête aura accès, dans un délai de 28 jours, au traitement de radiothérapie;
 - En 2015, 90 % de la clientèle médicalement prête aura accès, dans un délai de 28 jours, au traitement de chimiothérapie.
3. Respecter les délais fixés dans les ententes de gestion 2012-2013 pour la chirurgie oncologique :
 - En 2012, 90 % de la clientèle aura accès, dans un délai de 28 jours, à la chirurgie oncologique.
4. Revoir l'organisation régionale en chimiothérapie :
 - En 2014, faire l'analyse de l'organisation régionale des services en chimiothérapie;
 - En 2015, proposer un modèle régional d'organisation des services en oncologie;
 - En 2015, implanter une clinique de chimiothérapie de base au CSSS de Portneuf.

5. Optimiser l'offre de services psychosociaux et de nutrition, des services courants et du SAD :
 - D'ici 2015, améliorer de 50 % l'accessibilité des services psychosociaux dans les secteurs ambulatoires et au SAD;
 - D'ici 2015, améliorer de 50 % l'accessibilité des services de nutrition dans les secteurs ambulatoires et au SAD.

6. Optimiser les trajectoires de soins et services pour que les personnes atteintes de cancer qui utilisent les services ambulatoires des CH puissent être admises sans passer par l'urgence :
 - En 2014, 90 % de la clientèle atteinte de cancer nécessitant une admission en urgence aura été admise sans passer par le service d'urgence.

7. Adapter les approches thérapeutiques pour la clientèle atteinte de cancer avec un profil gériatrique :
 - Entre 2012-2017, 80 % des CHSGS auront mis en place une approche adaptée aux personnes avec un profil gériatrique;
 - Soutenir la mise en place d'une équipe suprarégionale de lutte contre le cancer en oncologie gériatrique.

La réadaptation

Mesure et actions

1. Ajuster l'offre de service en réadaptation pour répondre aux besoins et à l'augmentation de la clientèle atteinte de cancer :
 - En 2012, acheminer au MSSS une demande de considération spéciale pour l'obtention d'une prothèse mieux adaptée pour la clientèle atteinte de cancer musculo-squelettique;
 - En 2013, soutenir une demande de rehaussement du temps alloué en orthophonie auprès du MSSS pour le *Programme des laryngectomisés, trachéotomisés et glossectomisés* de L'HDQ;
 - Faire valoir les besoins particuliers de la clientèle atteinte de cancer et nécessitant des prothèses plus évoluées technologiquement, dans le cadre de la révision du programme en appareillage.

Les soins palliatifs

Mesures et actions



1. Améliorer l'accès aux soins palliatifs de fin de vie :
 - Entre 2012 et 2017, 90 % des demandes répondront aux critères d'admissibilité aux soins palliatifs à domicile déterminés dans le rapport sur l'*Harmonisation des modalités d'accès aux soins palliatifs à domicile*;
 - Soutenir les projets des CSSS qui visent à répondre à l'intensité des besoins dans les dernières semaines de vie, en visant, pour 2015, 15 % de décès à domicile;

- En 2015, 100 % du nombre de lits selon le modèle retenu;
- En 2013, l'équipe réseau en soins palliatifs pédiatriques sera consolidée.

2. Introduire une approche palliative dans les milieux d'hébergement permanent :

- En 2015, 100 % des centres d'hébergement de soins de longue durée auront élaboré et implanté un programme fonctionnel de soins palliatifs.

Le continuum de soins et services

Mesures et actions

1. Mettre en place un système d'informations cliniques partageables entre les différents établissements, afin d'assurer des mécanismes de référence efficaces et bien structurés tout au long de la trajectoire de soins et services :

- En 2014, 100 % des équipes de lutte contre le cancer auront des banques de données cliniques en oncologie, pour permettre la rétroaction au regard du traitement et des pratiques;
- D'ici 2017, mettre au point des outils cliniques en oncologie s'interfaçant avec les différents systèmes d'information existants;
- Collaborer à l'implantation du SIC-TO;
- En 2014, 70 % de la clientèle utilisera le *Passeport en oncologie*.

2. Assurer l'accès aux ressources humaines ayant une expertise en oncologie tout au long de la trajectoire :

- En avril 2013, faire le recensement des employés spécialisés en oncologie afin de mieux suivre l'évolution de l'effectif des différentes professions concernées;
- En 2015, élaborer la stratégie de relève de la main-d'œuvre en oncologie;
- En 2015, l'offre de service des IPO sera ajustée selon les normes ministérielles, et 70 % des personnes atteintes de cancer auront accès à une IPO dans les 48 heures suivant l'annonce du diagnostic.

3. Élaborer et conclure des ententes de service CSSS/CH pour assurer, à la personne atteinte de cancer, l'accessibilité et la continuité des soins et services de qualité et sécuritaires :

- En 2013, appliquer l'entente multipartite de lutte contre le cancer révisée;
- D'ici 2017, conclure des ententes officielles pour les trajectoires de soins et services avec les établissements du RUIS-UL.

AXE D'INTERVENTION 4 : SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

PRIORITÉ 6 : Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes

L'évolution des nouvelles pratiques et le transfert des connaissances

Mesures et actions

1. Maintenir et acquérir des compétences en oncologie, dont le travail en interdisciplinarité :
 - En 2014, 100 % des équipes de lutte contre le cancer seront formées au travail en interdisciplinarité;
 - En 2014, 80 % des équipes de lutte contre le cancer travailleront en interdisciplinarité et seront accompagnées dans l'implantation de ce modèle.
2. Exercer le leadership d'une région universitaire quant aux nouvelles pratiques et au transfert des connaissances :
 - Soutenir les projets de télésanté et de télépathologie dans le RUIS-UL, de sorte qu'en 2016, 60 % des équipes suprarégionales utilisent la téléconsultation et la téléformation.

La recherche fondamentale clinique et évaluative en oncologie

Mesure et action

1. Favoriser l'organisation des services pour les projets de recherche clinique et évaluative en oncologie :
 - Appuyer les demandes de réorganisation des services en tenant compte de la recherche clinique et évaluative en oncologie.

L'évolution des nouvelles technologies

Mesure et action

1. S'assurer que les immobilisations et les technologies des établissements soient efficaces, de qualité et sécuritaires :
 - Suivre annuellement l'évolution de la mise en œuvre des projets d'immobilisation et de technologie liés au PLCCRICN.

AXE D'INTERVENTION 5 : ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS

PRIORITÉ 7: Mettre en place des mécanismes de suivi de l'implantation et d'évaluation du PLCCRICN



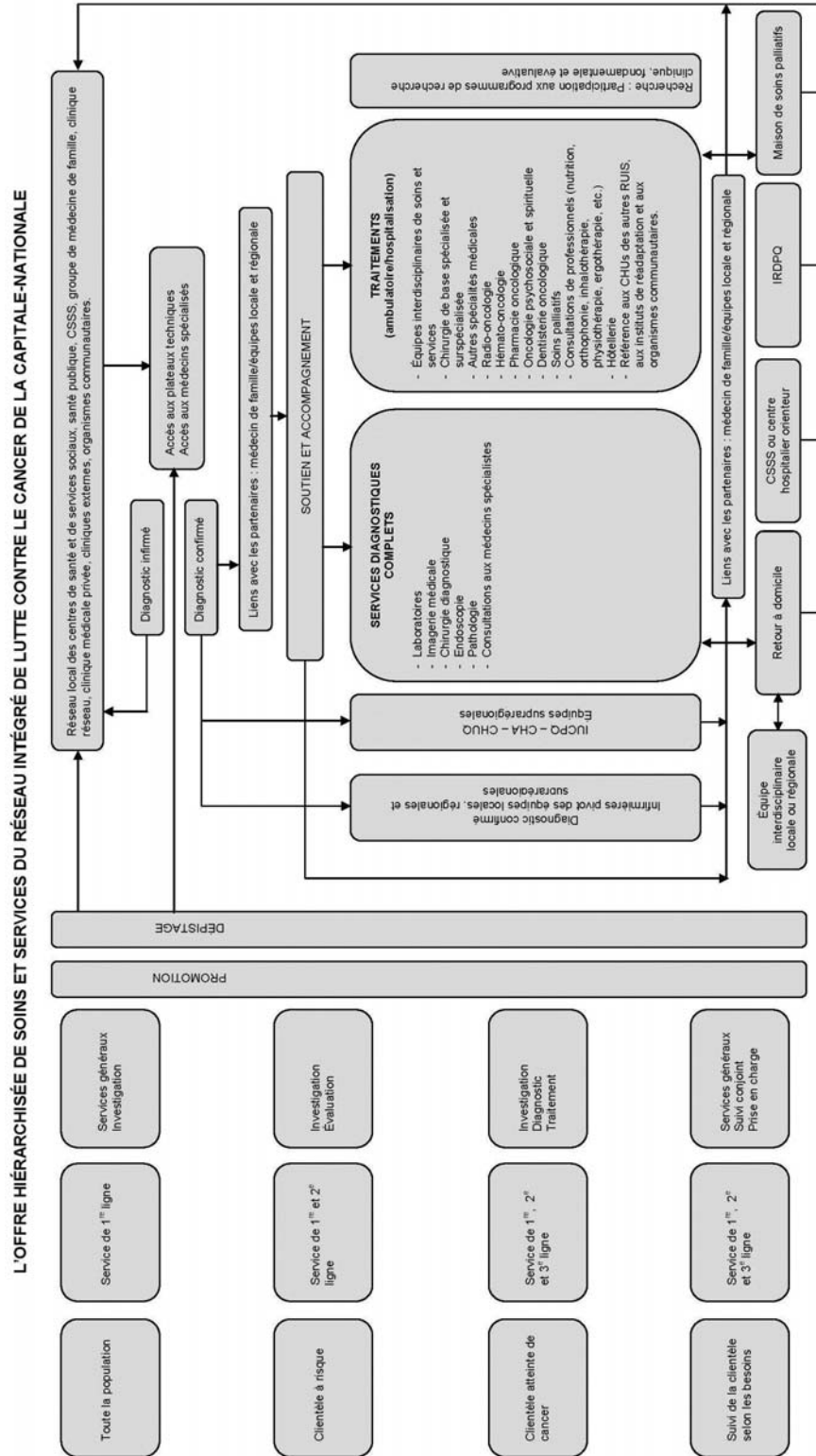
Mesure et actions

Assurer le suivi des indicateurs de résultats du plan d'action du PLCCRICN :

- En 2012, mettre en place des mécanismes de suivi des projets cliniques et des programmes de lutte contre le cancer;
- En 2013, établir la structure de suivi des mesures phares.

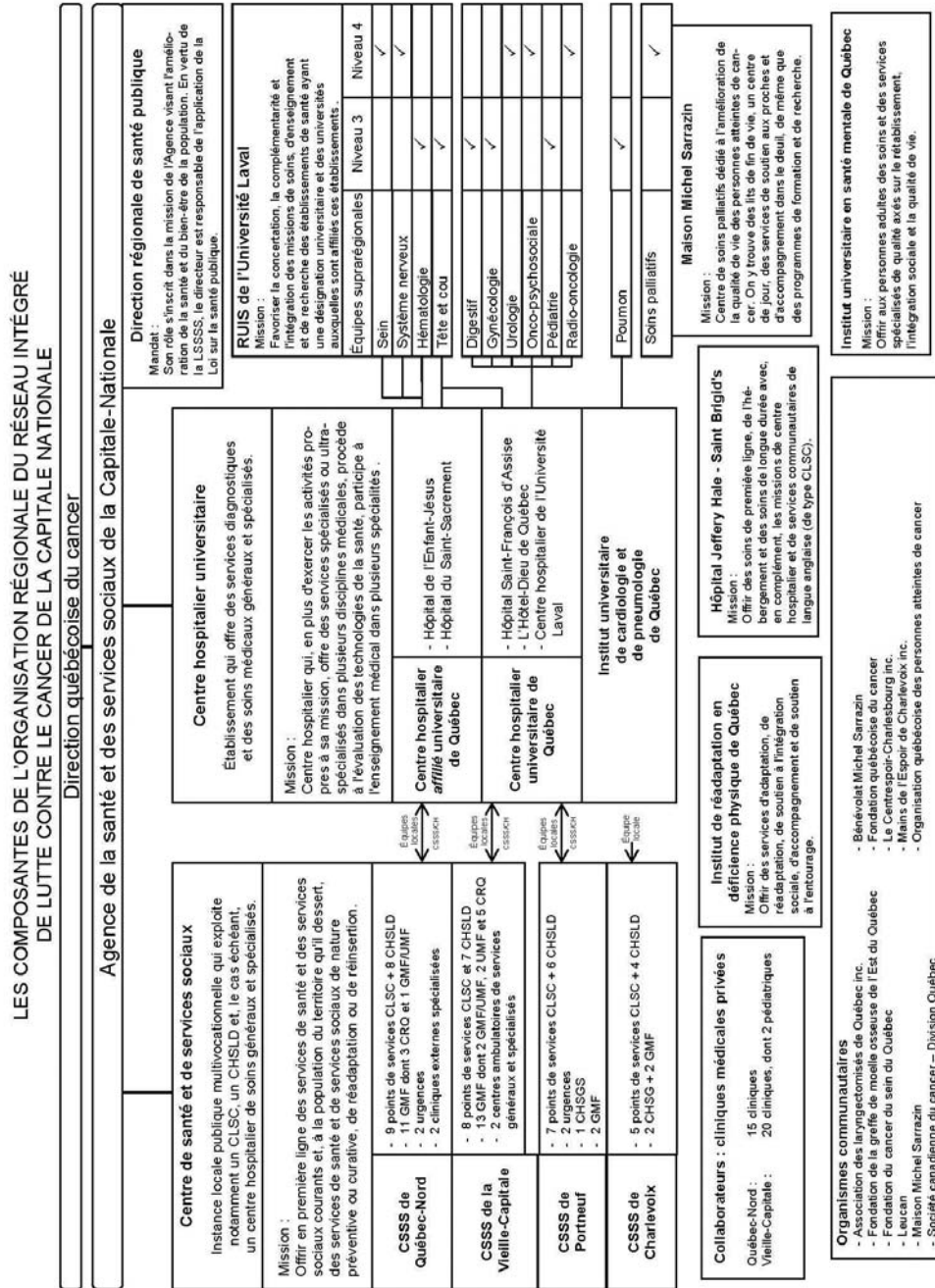
Annexe I

Figure 20 L'offre hiérarchisée des soins et services du réseau intégré de lutte contre le cancer de la Capitale-Nationale



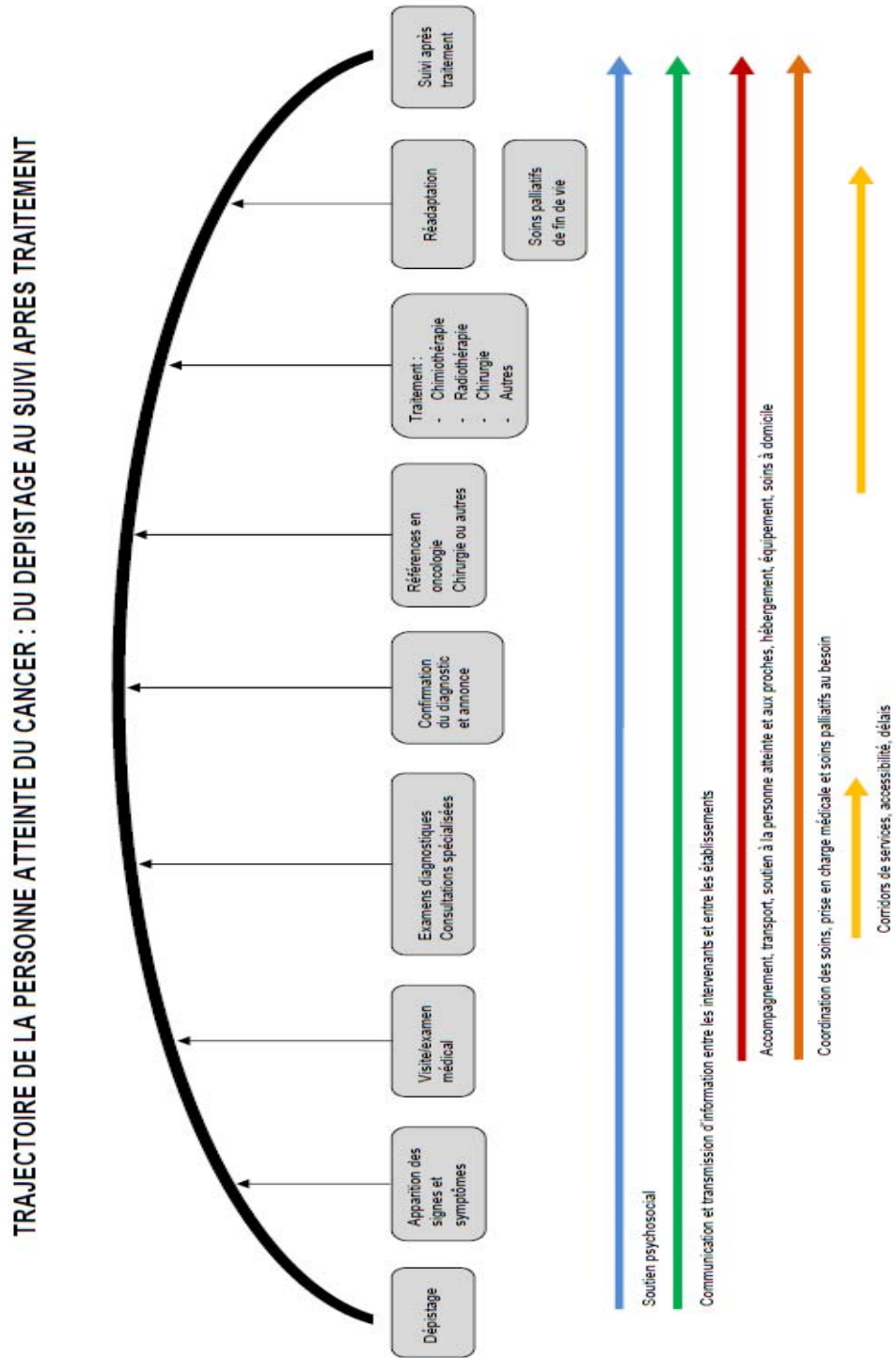
Annexe III

Tableau V - Les composantes de l'organisation régionale du réseau intégré de lutte contre le cancer de la Capitale-Nationale



Annexe IV

Figure 22 Trajectoire de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi après traitement



**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 

**Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale**

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500

418 525-1502 (ATS)

Ligne Info-Agence : 418 525-1495

Télécopieur : 418 529-4463

www.rrsss03.gouv.qc.ca