

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

Direction régionale
de cancérologie

Programme régional Plan d'action 2014-2017



Réseau de cancérologie de la Montérégie

RÉDACTION

COORDINATION DE LA RÉDACTION

Natalie Racine Répondante régionale en cancérologie et soins palliatifs

COLLABORATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

Dre Sylvie Tardif Directrice régionale de cancérologie
Directrice des affaires médicales, universitaires, et des partenariats professionnels
Dre Jocelyne Sauvé Directrice de la santé publique (jusqu'en mars 2014)
Dr Alain Poirier Directeur de la santé publique (de mars à août 2014)
Sylvie Lafrance Directrice de l'organisation des services et des opérations réseau
Denise Bettez Coordinatrice - Santé physique, services généraux et santé mentale

COLLABORATEURS DU RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE

Nathalie Moreau Cogestionnaire clinico-administrative régionale, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne
Dr Benoit Samson Cogestionnaire médical régional, CSSS Champlain—Charles-Le Moyne

Les membres du Comité régional de coordination en cancérologie

Les membres du Comité régional de concertation en cancérologie

Les chefs clinico-administratifs de cancérologie des CSSS

RÉVISION

Carole Charbonneau Technicienne en administration volet secrétariat de direction - DAMUPPC

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de l'Agence www.santemonteregie.qc.ca/agence, section documentation.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89342-659-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89342-660-0 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :
RACINE, Natalie. *Répondante régionale en cancérologie et soins palliatifs*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2014, 62 p.
© Tous droits réservés
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2014

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes de tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région qui, de près ou de loin, ont collaboré à la rédaction de ce plan d'action. À travers vos commentaires et suggestions, vous avez enrichi notre réflexion et ainsi permis l'élaboration d'un plan qui vise l'amélioration constante de la qualité des soins et services en cancérologie offerts à la population de notre région.

Nous désirons également souligner le travail et la vitalité exceptionnels des différentes communautés de pratique et de leurs responsables, sans qui le Réseau de cancérologie de la Montérégie n'existerait pas : votre engagement envers les patients et leurs proches, de même que votre participation active et soutenue assurent le maintien, la qualité, le professionnalisme et le dynamisme de notre réseau, et nous tenons à vous en remercier sincèrement.

MOT DE LA DIRECTRICE

Il nous fait plaisir de vous présenter le Programme régional de cancérologie et le Plan d'action 2014-2017 pour la Montérégie. Ce document est le fruit d'une collaboration étroite et soutenue entre plusieurs gestionnaires, professionnels et médecins de la région et les personnes responsables de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence), qui ont participé à sa conception et à sa rédaction.

La Montérégie est forte d'une culture de collaboration et de réseautage, développée au fil des années suite à la création du Réseau de cancérologie de la Montérégie (RCM) il y a maintenant près de 15 ans. Les enjeux associés à l'étendue du territoire avec ses communautés rurales, semi urbaines et urbaines, au volume de sa population qui atteint maintenant 1,5 million d'habitants, et aux enjeux de recrutement de personnel qualifié dans des communautés parfois plus éloignées sont autant de motivateurs qui ont soutenu le développement de solutions novatrices afin d'assurer les meilleurs soins et services à la population.

Qu'on pense notamment aux nombreuses communautés de pratique, qui non seulement soutiennent mais aussi enrichissent la concertation régionale au niveau des pratiques exemplaires; à l'espace collaboratif, qui rend l'information accessible à tous; à la journée annuelle du RCM, qui permet le transfert des connaissances et qui nous donne un moment de réflexion et renforce les liens dans notre réseau; à la collaboration étroite entre les chefs clinico-administratifs des 11 CSSS : ce sont tous des exemples qui font la force de notre réseau. Ainsi, la gouverne régionale s'appuie sur la contribution des cogestionnaires régionaux, des directeurs locaux et des responsables de communautés de pratique.

Cette culture régionale de concertation, d'adaptation et de créativité, soutenue par un souci constant d'excellence, permet de faire face aux défis actuels et à venir, et d'assurer à la population montérégienne, aux patients et à leur famille, les meilleurs soins et services possible.



Dre Sylvie Tardif

Directrice des affaires médicales, universitaires,
des partenariats professionnels et de la cancérologie

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES	9
INTRODUCTION	11
PARTIE I : LE CONTEXTE RÉGIONAL	13
1. LA NOUVELLE GOUVERNE	13
La Direction régionale de cancérologie	13
Le Comité exécutif	13
Le Comité régional de coordination	14
Le Comité régional de concertation	14
2. LE PORTRAIT RÉGIONAL	15
Les effectifs médicaux	15
Les effectifs infirmiers	15
Les effectifs professionnels	15
Statistiques et autres informations	16
3. LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE	18
Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein	18
4. LE RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE	20
Définition et mandat	20
Les communautés de pratique	20
Les formations	21
La Journée annuelle du RCM	21
Le Prix d'excellence Jean-Latreille	22
L'espace collaboratif	22
Le déploiement des registres locaux de cancer	22
5. LE CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE	24
Chronologie du CICM	24
Le déploiement de la radio-oncologie	25
6. LES SOINS PALLIATIFS	26
Le rehaussement de l'offre de services	26
Les lits dédiés	26
Un nouveau centre de jour	26
PARTIE II : LE PLAN D'ACTION 2014-2016	27
PARTIE III : LES OBJECTIFS DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE DU RCM	35
ANNEXE 1 : GOUVERNE RÉGIONALE EN CANCÉROLOGIE	41
ANNEXE 2 : LES CSSS EN MONTÉRÉGIE	51
ANNEXE 3 : LE BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012	55

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Agence	<i>Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie</i>
CDD	<i>Centre de dépistage désigné (PQDCS)</i>
CH	<i>Centre hospitalier</i>
CHSLD	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
CICM	<i>Centre intégré de cancérologie de la Montérégie</i>
CLSC	<i>Centre local de services communautaires</i>
CRAR	<i>Comité régional des archivistes et registraires</i>
CRID	<i>Centre de référence pour investigation désigné</i>
CSSS	<i>Centre de santé et de services sociaux</i>
DOSOR	<i>Direction de l'organisation des services et des opérations réseau</i>
DQC	<i>Direction québécoise de cancérologie</i>
DRC	<i>Direction régionale de cancérologie</i>
DSP	<i>Direction de la santé publique</i>
FIO	<i>Forte incidence oncologique</i>
HCLM	<i>Hôpital Charles-Le Moyne</i>
ICSP	<i>Infirmier (ère) conseiller (ère) en soins palliatifs</i>
ICSS	<i>Infirmier (ère) consultant (e) en soins spécialisés</i>
IMRT	<i>Intensity-modulated radiation therapy</i>
IPO	<i>Infirmier (ère) pivot en oncologie</i>
IPS-PL	<i>Infirmier (ère) praticien (ne) spécialisé (e) de première ligne</i>
ITSS	<i>Infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
OEIL	<i>Outil d'échange d'information en ligne</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>
PAR	<i>Plan d'action régional (en santé publique)</i>
PEM	<i>Plan d'effectifs médicaux</i>
PREM	<i>Plan régional d'effectifs médicaux</i>
PQCCCR	<i>Programme québécois de dépistage du cancer colorectal</i>
PQDCS	<i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i>
PQLC	<i>Programme québécois de lutte contre le cancer</i>
RCM	<i>Réseau de cancérologie de la Montérégie</i>
RCQ	<i>Réseau de cancérologie du Québec</i>
RLC	<i>Registre local de cancer</i>
RLS	<i>Réseau local de services</i>
RQC	<i>Registre québécois du cancer</i>
RUIS	<i>Réseau universitaire intégré de santé</i>
TCCA	<i>Table régionale des chefs clinico-administratifs</i>
VPH	<i>Virus du papillome humain</i>

INTRODUCTION

À l'automne 2010, le conseil d'administration de l'Agence a adopté le Programme de lutte contre le cancer en Montérégie et son plan d'action 2010-2012. Le présent document a été élaboré en harmonie avec le Plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC) et avec son Plan d'action en cancérologie 2013-2015, tous deux présentés en 2013.

Au cours des dernières années, de nombreuses initiatives ont été déployées dans la région afin d'améliorer le programme de lutte contre le cancer. On pense notamment au Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS), à la mise sur pied du RCM et de ses communautés de pratiques, un modèle novateur qui a depuis été exporté dans plusieurs régions du Québec, au développement du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) à l'hôpital Charles-Le Moyne et de son service de radio-oncologie, à l'ouverture de maisons de soins palliatifs, à différents projets de recherche, et plus récemment, au déploiement des registres locaux de cancer et à la création d'une direction régionale de cancérologie.

Le programme régional est déjà bien établi et harmonisé au Plan directeur de la DQC avec une gouverne active, des comités régionaux de coordination et de concertation en place et fonctionnels, de même que le soutien des membres du RCM. La concertation régionale est assurée par les différentes communautés de pratique en place, tant au niveau administratif que clinique. Ces communautés, animées par des experts régionaux, facilitent le partage des connaissances et la diffusion des pratiques exemplaires à travers le réseau montérégien.

Le RCM demeure donc une entité essentielle à l'amélioration continue de l'organisation et de la qualité des soins et services en cancérologie. Avec l'appui actif de l'Agence, il assume son rôle de soutien auprès des intervenants de la région, de même que de modèle au niveau de l'établissement des réseaux régionaux de cancérologie à travers la province.

La Montérégie, avec un million et demi d'habitants, est la deuxième région la plus peuplée du Québec. Dans la prochaine année, environ 8 900 montérégiens recevront un diagnostic de cancer, soit 2 200 personnes de plus qu'il y a dix ans. Cette augmentation est principalement due à l'augmentation et au vieillissement de la population du territoire. En 2015, on s'attend à 9 100 nouveaux patients diagnostiqués.

Plusieurs défis restent à relever, notamment : l'accès à l'infirmière pivot, la consolidation des équipes médicales, la formalisation de corridors de services fonctionnels et bidirectionnels, l'intégration et l'accès aux soins palliatifs au moment opportun dans le continuum de soins, de même que la diffusion et l'appropriation par les différents intervenants des données probantes afin d'assurer la mise à niveau des pratiques professionnelles dans l'ensemble des établissements.

Le plan d'action régional est basé sur le Plan d'action de la DQC, et les éléments retenus sont ceux qui ont été identifiés par la DQC comme relevant de la responsabilité des agences. Globalement, les actions viseront à uniformiser l'évaluation initiale du patient, à implanter l'outil de dépistage de la

détresse dans tous les CSSS, à poursuivre le déploiement et la consolidation des programmes de dépistage, à assurer un accès approprié aux traitements et à l'intégration de pratiques exemplaires pour ceux-ci, à soutenir les établissements pour la mise en place des mesures recommandées au niveau de la sécurité des médicaments antinéoplasiques, et à participer activement au déploiement du Réseau de cancérologie du Québec à travers les activités et le maintien de la vitalité du RCM.

Tous les CSSS devront actualiser leur gouverne locale, leurs instances de coordination et de concertation, de même que leur plan d'action local afin de s'arrimer au Plan directeur et au Plan d'action de la DQC, de même qu'avec le plan d'action régional. Le suivi de l'atteinte des objectifs locaux et des impacts de ceux-ci sur l'offre de services sera sous la responsabilité des CSSS. Des bilans périodiques seront présentés lors des rencontres du comité régional de coordination.

Finalement, le suivi du plan d'action régional sera assuré par la communauté de pratique performance, composée notamment des chefs clinico-administratifs en cancérologie des CSSS et de représentants de l'Agence, à travers une priorisation des objectifs et la mise à jour de tableaux de bord annuels. Ces tableaux seront régulièrement discutés au comité exécutif de cancérologie, et périodiquement présentés au comité régional de coordination en cancérologie. Un bilan final sera rédigé à la fin de la période couverte par le plan d'action, soit en 2017.

Le présent document propose donc un résumé du contexte régional, le plan d'action régional 2014-2017, de même que les objectifs des différentes communautés de pratique du RCM, tels que présentés par les intervenants régionaux responsables de ces communautés. Il est entendu que ces objectifs pourraient être révisés pendant la période, selon les orientations régionales ou ministérielles, ou encore, par exemple, l'ajout de nouveaux projets ou mandats spécifiques. En annexe, on retrouvera le document mis à jour sur la gouverne régionale, la liste des CSSS de la région, et finalement, le bilan du plan d'action régional 2010-2012, prolongé jusqu'en décembre 2013.

PARTIE I : LE CONTEXTE RÉGIONAL

1. LA NOUVELLE GOUVERNE

Le Plan directeur de la DQC, diffusé en février 2013, prévoit la création d'une organisation de soins et de services intégrés et hiérarchisés performante répondant aux besoins de la population. Il s'appuie notamment sur des principes de coordination et de concertation. En accord avec ces principes, une nouvelle gouverne régionale de cancérologie a été implantée en 2013 en Montérégie. Cette nouvelle gouverne a consolidé les structures existantes et assure ainsi le respect des orientations ministérielles (voir annexe 1 : *Gouverne régionale en cancérologie*).

La Direction régionale de cancérologie (DRC)

L'Agence a nommé un directeur régional de cancérologie, qui a pour mandat, avec le soutien du comité exécutif en cancérologie, d'assurer la direction et le développement du programme régional en harmonie avec les orientations de l'Agence et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le directeur régional doit notamment s'assurer de développer et maintenir des mécanismes fonctionnels de continuité; de formaliser les corridors de service intra et inter régionaux; et d'assurer un support à la coordination des activités du RCM, du comité régional de coordination, et du comité régional de concertation.

Le Comité exécutif

Le comité exécutif agit comme centre de coordination et pilote le suivi des projets et des décisions de la DRC et du RCM, dans le respect des orientations régionales et provinciales. Il est composé du directeur régional de cancérologie, des directeurs de la santé publique (DSP) et de l'organisation des services et des opérations réseau (DOSOR), du coordonnateur en santé physique, services généraux et santé mentale, du répondant régional en cancérologie, et des cogestionnaires clinico-administratif et médical du RCM, et du chef médical du CICM.

Mandats spécifiques :

- S'assurer du développement et du fonctionnement du RCM en harmonie avec les orientations régionales et provinciales;
- Recommander les priorités du programme régional en lien avec les priorités provinciales;
- Discuter et recommander les choix de projets et d'activités du RCM et leurs priorités;
- 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.

Le Comité régional de coordination

Ce comité a comme mandat principal d'assurer une offre de soins et services équitable et harmonisée qui répond aux besoins de la population de la Montérégie, basée sur les pratiques exemplaires et en lien avec les priorités provinciales et régionales. Il est composé des membres du comité exécutif de cancérologie, de représentants des 11 CSSS (pour la plupart directeurs de santé physique), de deux représentants du comité régional de concertation, et d'un représentant des maisons de soins palliatifs et un représentant médical des soins palliatifs.

Mandats spécifiques :

- Planifier et répartir une offre intégrée et équitable de soins et services afin d'en améliorer l'accès et la qualité;
- Discuter et approuver les orientations cliniques, scientifiques et administratives du RCM en lien avec les priorités régionales et provinciales;
- Proposer 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;
- 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 extra régionaux;
- Maintenir un processus d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité de la performance administrative et clinique régionale;
- Favoriser la communication entre les partenaires, les membres du réseau, et la population;
- Assurer la mise en place des corridors de services;
- Travailler en collaboration avec l'expertise des trois réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Le Comité régional de concertation

Ce comité assure la mise à jour des connaissances et l'harmonisation des pratiques exemplaires basées sur les données probantes. Il est majoritairement composé des membres qui formaient auparavant l'équipe RCM, soient les cogestionnaires médicaux et clinico-administratif régionaux, le chef médical du CICM, les intervenants régionaux et responsables de communautés de pratiques, un représentant de la santé publique, un responsable de l'appréciation de la performance, et une courtière de connaissances.

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;
- Soutenir l'évaluation de la performance;
- Proposer des moyens pour améliorer la communication;
- Encourager la formation continue, le soutien, la supervision et l'évaluation.

2. LE PORTRAIT RÉGIONAL

En 2014, la Montérégie compte désormais 1,5 million d'habitants, et 16 % de sa population est âgée de 65 ans ou plus. La population est répartie sur les territoires de 11 CSSS (voir la liste en annexe II), comprenant neuf hôpitaux et un centre hospitalier régional affilié à l'université de Sherbrooke (CHA). Le territoire compte également 45 centres locaux de services communautaires (CLSC), près de 60 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics ou privés, quatre maisons de soins palliatifs, de même qu'une ressource d'hébergement en soins palliatifs. Finalement, plusieurs organismes communautaires œuvrent auprès de personnes atteintes de cancer ou en soins palliatifs.

La région compte près de 25 infirmières pivots en oncologie (IPO), dont 8 au CICM. Deux CSSS sans clinique externe ont des infirmières de première ligne en oncologie, qui participent à la communauté de pratique des infirmières pivots. En cliniques externes, présentes dans neuf CSSS, les équipes d'infirmières assurent l'administration de jusqu'à 60 traitements de chimiothérapie par jour, selon les établissements.

Des professionnels sont présents dans les toutes les équipes d'oncologie des établissements, notamment des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des psychologues, des nutritionnistes, et des physiothérapeutes. D'autres sont disponibles sur demande, comme l'ergothérapie. L'offre de service est toutefois souvent fragile, plusieurs établissements ne disposant que d'une fraction de poste à temps complet dédié en oncologie pour certains professionnels, selon les volumes de clientèle. Parfois, certains services ne sont pas offerts par manque de ressources dans l'établissement, par exemple la physiothérapie pour le lymphœdème.

Les effectifs médicaux

Par rapport aux autres régions du Québec et au prorata de la population, la Montérégie dispose de moins de médecins omnipraticiens et spécialistes. Par 100 000 habitants, on compte 95 omnipraticiens et 66 spécialistes dans la région, alors que ce taux se situe à 114 omnipraticiens et 117 spécialistes en moyenne pour le Québec (*Rapport annuel 2013, Institut canadien d'information sur la santé, données 2011*).

La Montérégie compte 1 425 médecins omnipraticiens. Depuis 2009-2010, tous les postes des nouveaux facturants octroyés par le MSSS ont été comblés. Malgré le fait que chaque CSSS ait recruté au moins un médecin, certains territoires vivent une pénurie pouvant créer un impact important pour la clientèle en oncologie. En effet, sans médecin de famille, il est difficile pour les personnes de trouver une porte d'accès aux services diagnostiques et d'investigation. De plus, après avoir subi des interventions ou traitements, le suivi médical par un omnipraticien étant souvent inaccessible, les personnes doivent alors maintenir un lien avec le médecin spécialiste de l'hôpital.

En spécialités, le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en hémato-oncologie prévoit 33 médecins (voir tableau). Deux de nos hôpitaux ne comptent qu'un seul hémato-oncologue. Ce nombre restreint de médecins a notamment pour effet de fragiliser l'offre de service. Il y a

actuellement 29 hémato-oncologues répartis dans neuf hôpitaux, et plusieurs de ces spécialistes ont plus de 30 ans de pratique.

CSSS	HÔPITAL	PEM	EFFECTIFS AU 29 MAI 2014
Champlain—Charles-Le Moyne	HCLM	11	11
Haute-Yamaska	Hôpital de Granby	2	1
Haut-Richelieu—Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu	4	3
Jardins-Roussillon	Hôpital Anna-Laberge	2	2
La Pommeraie	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	1	1
Pierre-Boucher	Hôpital Pierre-Boucher	4	3
Pierre-De Saurel	Hôtel-Dieu de Sorel	2	2
Richelieu-Yamaska	Hôpital Honoré-Mercier	4	3
Suroît	Hôpital du Suroît	3	2
Total Montérégie		33	29

Au niveau de la radio-oncologie, offerte au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie de l'hôpital Charles-Le Moyne, on compte actuellement 12 radio-oncologues en place pour 13 PEM, et l'arrivée du treizième est prévue pour novembre 2014.

Finalement, plusieurs autres médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans le suivi des patients, que ce soit au niveau du diagnostic avec les pathologistes, les équipes d'imagerie médicale et de laboratoires, et les médecins spécialistes de différentes disciplines, tant médicales que chirurgicales, qui dispensent des soins et services à la clientèle d'oncologie.

Statistiques et autres informations

Pour des informations plus détaillées sur la population, les données concernant le cancer et l'accès aux chirurgies oncologiques et aux services de radio-oncologie, nous invitons le lecteur à consulter les pages suivantes :

Portrait et projection de la population

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/index.fr.html>

Portrait type de chaque territoire

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.fr.html>

Appréciation de l'état de santé des hommes et des femmes (régional et local)

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-thematique.fr.html>

Indicateurs de développement des communautés

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/dsdc/idc.fr.html>

Cartographie régionale

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/cartographie.fr.html>

Portrait thématique – cancer

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/surveillance-etat-sante/PN3-Portrait-THE-Portfolio-cancer.ppt>

Fiches indicateurs – Incidence de cancer régionale et locale

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/fiches-indicateur.fr.html>

Mortalité par tumeurs malignes

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/surveillance-etat-sante/Mortalite-tumeurs.pdf>

Bulletins PÉRISCOPE

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/periscope.fr.html>

Délais d'attente pour les chirurgies à forte incidence oncologique

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/g74web/carte.asp>

Délais d'attente pour les mises en traitement en radio-oncologie

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/g74web/carte.asp>

3. LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Par son Plan d'action régional (PAR) 2013-2015, la santé publique contribue significativement à la lutte contre le cancer grâce à de nombreux objectifs de promotion de la santé et de prévention du cancer. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 40 % des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant de l'exercice physique régulièrement et en ne fumant pas.

À cet égard, le PAR propose de nombreuses activités, par exemple :

- la promotion des saines habitudes de vie (l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention);
- les services d'aide à l'abandon du tabagisme;
- le déploiement de pratiques cliniques préventives démontrées efficaces telles les dépistages du cancer du col de l'utérus, des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) liées au cancer, et du cancer du sein;
- le soutien à la mise en place de politiques pour des environnements favorables à la santé, et ce, par de l'action intersectorielle en faveur de la santé des populations;
- la vaccination préventive contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH);
- la protection des travailleurs potentiellement exposés à des agents favorisant le développement de cancer;
- la surveillance continue d'indicateurs de santé liés aux cancers;
- l'investigation et l'application de mesures de protection nécessaires lors de menaces à la santé réelles ou appréhendée d'origine environnementale;
- le dépistage systématique précoce du cancer du sein dans le cadre du PQDCS chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein

Situé en amont du continuum cancer du sein, le PQDCS a fêté ses 15 ans en 2013. Actuellement, plus de 231 000 femmes de la Montérégie âgées de 50 à 69 ans sont admissibles au programme, et ce nombre devrait continuer de s'accroître pendant encore quelques années.

Pour le cycle 2011-2012, le taux de participation en Montérégie a été de 61,4 %, soit 125 659 montérégiennes ayant participé au PQDCS. Bien que le taux de participation progresse continuellement depuis l'implantation du programme en 1998, les ressources investies pour permettre d'atteindre la cible du programme de 70 % demeurent pertinentes et nécessaires.

Le taux de participation varie toutefois en fonction de la langue de correspondance des participantes : il est de 63,4 % pour les femmes qui demandent leur correspondance en français et de 43,5 % pour celles qui choisissent l'anglais. La littérature indique notamment que les groupes de femmes provenant de milieux défavorisés ou d'autres origines ethnoculturelles participent moins

aux différents services préventifs en santé tel le PQDCS. C'est pourquoi des stratégies ciblées doivent être déployées pour bien informer ces groupes de femmes de l'existence du programme.

En 2011 et 2012, 2,7 % des participantes ont eu besoin d'un médecin dit volontaire (pour les femmes qui n'ont pas de médecin de famille) du programme afin d'assurer leur suivi de mammographie. La liste des médecins volontaires pour les participantes en Montérégie demeure fragile, et les efforts pour recruter de nouveaux médecins ou infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPS-PL) volontaires doivent se poursuivre.

En Montérégie, 19 centres désignés par le programme réalisent des examens de dépistage ou d'investigation. Ils proviennent du milieu privé (11 cliniques d'imagerie médicale) ou public (huit hôpitaux). Environ 500 intervenants de ces centres sont directement engagés au programme. Le défi de l'accessibilité et de la continuité des services offerts aux participantes est bien réel, particulièrement lorsqu'elles bénéficient des services dans plus d'un centre désigné et lorsqu'une biopsie est nécessaire. Les divers mécanismes régionaux utilisés pour bien connaître l'organisation des services du réseau des centres désignés en Montérégie doivent demeurer pour optimiser l'atteinte des normes organisationnelles du PQDCS.

Dans le but de réduire le taux de mortalité par cancer du sein en Montérégie et au Québec, le PQDCS demeure le principal moyen démontré efficace pour détecter de façon précoce des cancers du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

4. LE RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE

Définition et mandat

Depuis bientôt près de 15 ans, le RCM soutient les professionnels et les équipes du réseau afin d'assurer une approche intégrée, concertée et coordonnée dans les programmes de lutte contre cancer des établissements et avec les partenaires du réseau.

Tout professionnel ou gestionnaire impliqué dans un programme de cancérologie ou dans un organisme offrant des services aux personnes atteintes de cancer ou à leurs proches fait partie du RCM, et accède ainsi à du soutien, de la formation et de l'information ciblée, dans une optique de développement professionnel et de concertation clinique et administrative. Le RCM agit donc comme une structure multi et interdisciplinaire qui soutient l'organisation régionale et l'excellence des soins et services. Il est d'ailleurs représenté comme une toile de fond dans l'organigramme de la gouverne, et fait partie intégrante du fonctionnement régional (voir annexe 1).

À travers les différentes communautés de pratique animées par les intervenants régionaux, le soutien professionnel et les formations régionales en oncologie et en soins palliatifs, le RCM vit et assume pleinement son rôle, qui consiste à mettre en place des pratiques exemplaires et assurer le transfert des connaissances, à favoriser l'évolution des pratiques, et à appuyer l'évaluation de la performance. Pour ce faire, le RCM bénéficie notamment du soutien de l'équipe de courtage de connaissances de l'Agence.

La gestion des activités du RCM est assurée par deux cogestionnaires régionaux, médical et clinico-administratif, qui font également partie du Comité exécutif de la DRC et du Comité national des cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs de la DQC. Ces cogestionnaires sont de plus coprésidents du Comité régional de concertation. Un soutien financier récurrent est accordé par l'Agence pour la gestion et les activités du réseau, et ce, depuis les débuts du RCM.

Les communautés de pratique

Les intervenants régionaux du RCM animent plusieurs communautés de pratique, qui regroupent des professionnels et gestionnaires de tous les CSSS ou organismes concernés :

- Archivistes et registraires des registres locaux de cancer
- Chefs clinico-administratifs des programmes de lutte contre le cancer
- Infirmier (ère)s conseiller (ère)s en soins spécialisés (ICSS)
- Infirmières consultantes en soins palliatifs (ICSP)
- Infirmières pivots en oncologie (IPO)
- Intervenants psychosociaux en CH et en CLSC
- Médecins
- Nutritionnistes
- Performance

- Pharmaciens en oncologie
- Physiothérapeutes

La communauté de pratique des chefs médicaux a été peu active au cours des dernières années, même si plusieurs activités de formation ont eu lieu, notamment en soirée. Un des objectifs du plan d'action régional est d'ailleurs de reprendre les activités de cette communauté, d'en définir les objectifs et d'organiser un moyen d'échanges entre les médecins œuvrant en cancérologie.

La communauté de pratique performance quant à elle reprendra ses activités au cours de l'automne 2014, avec le soutien actif de l'Agence et la participation des chefs clinico-administratifs des différents CSSS. Les objectifs de performance seront déterminés selon le plan d'action régional, et un tableau de bord du suivi de l'atteinte des objectifs sera développé et présenté périodiquement aux rencontres du comité exécutif et du comité régional de coordination en cancérologie.

Les formations

Plusieurs formations sont offertes sur une base régulière aux infirmières, aux professionnels et aux médecins par les intervenants du RCM. Ces formations sont gratuites pour les membres du RCM.

- *Introduction à la cancérologie 101*
- *Les soins en oncologie 201, 301, 401, 501, 601 et 701*
- *Interventions en situation de perte et de deuil*
- *L'art de soigner en soins palliatifs 101 et Soins palliatifs 201 et 301*
- *Le travail en interdisciplinarité 101 et L'organisation efficace d'une réunion interdisciplinaire*
- *La radio-oncologie 101*

D'autres formations sont également offertes en soirée, sous forme de soupers-conférences, avec le soutien de nos partenaires pharmaceutiques.

La Journée annuelle du RCM

Depuis 14 ans, le RCM organise une journée annuelle centrée sur un thème d'actualité, qui regroupe conférenciers, intervenants, médecins et gestionnaires de la région et de l'extérieur. Cette journée représente une occasion unique pour les membres du RCM de se rencontrer, de se former, de discuter, d'échanger et de réseauter, et ainsi de poursuivre le développement de leurs connaissances et de leurs compétences.

Les thèmes abordés depuis le début :

2014 : *Ensemble en transition!*

2013 : *Le cancer : un parcours aux multiples décisions*

2012 : *Vouloir et pouvoir ensemble!*

2011 : *Qualité et sécurité : deux incontournables de notre réseau*

2010 : *On se dit qui nous sommes et où on va!*

- 2009 : *Au RCM : ensemble pour faire la différence*
2008 : *L'innovation et la créativité au cœur des pratiques : les défis de la lutte contre le cancer*
2007 : *Choisir dans un monde incertain*
2006 : *La lutte contre le cancer : la rencontre de multiples parcours*
2005 : *L'oncologie, c'est aussi une question de relations*
2004 : *L'évolution des pratiques en oncologie*
2003 : *Le soutien en oncologie*
2002 : *Communication et oncologie*
2001 : *L'oncologie en Montérégie : un travail d'équipe*

Le Prix d'excellence Jean-Latreille

Le Prix d'excellence Jean-Latreille a été créé en 2012 afin de souligner l'implication et le rayonnement d'un professionnel ou d'une équipe du réseau dans un projet lié au thème de la Journée annuelle du RCM. Il est remis chaque année sous la forme d'une bourse à l'éducation afin d'encourager et de soutenir les membres du réseau et d'optimiser les soins auprès des patients, pour une réalisation ou un projet déjà mis en place et ayant démontré des résultats.

L'espace collaboratif

Au cours de l'année 2012-2013, le RCM a développé un espace collaboratif accessible sur l'extranet, qui offre de nombreux avantages, dont l'accès aux partenaires du réseau qui ne font pas partie de la base Lotus Notes. Ce nouvel espace offre aux participants un accès centralisé aux différents outils d'information, de même qu'à des espaces d'échanges et de partage réservés aux communautés de pratique, consolidant encore mieux les activités de concertation du RCM. Il remplace l'outil d'échanges et d'information en ligne (CEIL), utilisé antérieurement pour le partage d'informations, en permettant une organisation beaucoup mieux définie de l'information, plus souple et plus dynamique.

Pour y accéder : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/utilitaires/espace-collaboratif.fr.html>

Le déploiement des registres locaux de cancer

Dans le cadre de la mise en place du Registre québécois du cancer (RQC), les équipes locales des neuf CSSS offrant des soins de première ligne se sont engagées activement dans le déploiement ou la mise à niveau de leur registre local de cancer (RLC). Ce déploiement a été soutenu par l'Agence et son Technocentre, où sont hébergés huit des neuf RLC, en formule « condo ».

Depuis le 1^{er} janvier 2013, tous les patients avec un nouveau diagnostic de cancer sont donc déclarés au RQC par les archivistes et registraires en oncologie formées selon les normes et standards du RQC. De l'information est codée et transmise pour 28 variables portant sur les personnes atteintes et les différents cancers. Depuis le 1^{er} janvier 2014, chez les patients atteints du cancer colorectal, jusqu'à 28 champs supplémentaires portant sur le stade du cancer et les

traitements doivent être codés. En 2015 s'ajoutera la codification détaillée pour les cas de cancer du sein, puis ceux du poumon et de la prostate en 2016. À terme, plus d'un nouveau cas de cancer sur deux exigera une codification comprenant jusqu'à 56 champs.

En respect des exigences du RQC et avec le soutien actif de l'Agence, une communauté de pratique régionale des archivistes et registraires des RLC a été mise sur pied en juillet 2012. Les membres se rencontrent à cinq ou six reprises durant l'année, permettant ainsi un soutien actif à la pratique et à la concertation, le développement des connaissances et des compétences des membres, de même que l'optimisation des pratiques à travers les échanges de procédés et le partage d'outils.

5. LE CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE

Le CICM fait partie intégrante de l'hôpital Charles-Le Moyne depuis 1999 et offre une gamme complète de soins et services en oncologie : prévention, dépistage, investigation, traitement complexe en hématologie-oncologie, en radiothérapie et en chirurgie, soutien, et soins palliatifs de fin de vie. Dans le cadre de son mandat régional, sa mission comporte trois volets : offrir des services spécialisés et ultraspecialisés, faire de l'enseignement et de la recherche, et assurer la gestion du RCM.

Le CICM assume donc un leadership dans la définition des orientations et dans le choix des nouvelles pratiques professionnelles. En tant que centre de référence, il offre un environnement propice à la recherche clinique et évaluative ainsi qu'à la formation de base des intervenants dans le domaine de la santé, plus particulièrement pour les infirmières, les pharmaciens, les psychologues, les technologues en radio-oncologie, et les résidents en hématologie-oncologie, radio-oncologie, chirurgie et médecine familiale.

Le programme du CICM comprend l'unité de soins oncologiques, le centre de services ambulatoires, la radio-oncologie, le centre de référence pour investigation désigné (CRID) pour le cancer du sein, la pharmacie de la clinique externe d'oncologie, et les soins palliatifs de fin de vie. Le programme intègre son offre de services suivant une logique de continuum de soins et de services. Il s'appuie sur des équipes interdisciplinaires dédiées localement et régionalement, soutenues par des experts chevronnés, notamment deux équipes suprarégionales en cancer du sein et en cancer hématologique. Ces équipes sont composées de l'ensemble des personnes œuvrant auprès de la clientèle : médecins, membres du personnel soignant et de soutien et bénévoles. Des 1 500 traitements de chimiothérapie en 1999, le CICM est passé en 2013-2014 à plus de 9 800 traitements de chimiothérapie, à environ 44 000 visites en clinique d'oncologie, à près de 2 700 consultations médicales en radio-oncologie, et à 35 235 traitements de téléthérapie pour 2 050 patients.

La gestion du programme repose sur le principe de la cogestion : le cogestionnaire médical et le coordonnateur clinico-administratif partagent des responsabilités communes tout en ayant des responsabilités spécifiques associées à leur fonction.

Chronologie du CICM

1997	Début du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)
1999	Création du CICM; devient le 1 ^{er} centre au Québec à implanter le PQLC, et intègre une infirmière pivot, une équipe de soutien et un fonctionnement interdisciplinaire
2000	Création du RCM Clinique d'hématologie-oncologie : 4 salles d'examen, 8 fauteuils de traitements, une salle d'intervention et une pharmacie d'oncologie

2011	Déménagement de la clinique d'héματο-oncologie dans le nouveau pavillon du CICM : 40 salles d'examens et 30 fauteuils de traitement Huit fauteuils et civières pour l'observation des symptômes Six appareils de radiothérapie et deux salles de curiethérapie Une salle d'urgence oncologique Une salle de pharmacie dédiée à l'héματο-oncologie
------	--

Le déploiement de la radio-oncologie

En juin 2011, après plus de 12 ans de planification et de préparation, l'ouverture du centre de radio-oncologie dans le nouveau bâtiment du CICM a permis aux patients de la Montérégie d'avoir un accès rapide et de proximité à des services de pointe en radiothérapie.

Les services ont débuté avec deux accélérateurs, puis, avec la mise en service graduelle de quatre appareils supplémentaires qui sont devenus pleinement fonctionnels en moins de six mois. Près de 80 % de la clientèle y est traitée avec une technique d'avant-garde dont l'utilisation est encore partielle dans les autres centres de radio-oncologie du Québec, soit l'IMRT (intensity-modulated radiation therapy). Avec celle-ci, chaque traitement est supporté par une imagerie quotidienne afin d'optimiser la précision du traitement, cibler de façon plus précise la tumeur et épargner le plus possible les tissus avoisinants, assurant ainsi un traitement à la fine pointe des technologies actuelles. Depuis le début de l'année 2013, tous les patients ont débuté leurs traitements à l'intérieur de la cible ministérielle de 28 jours d'attente.

L'équipe médicale de radio-oncologie a de plus développé une offre de services de soutien et de formation continue pour les médecins de la région, notamment grâce à une ligne téléphonique prioritaire permettant de fournir une réponse rapide à un médecin traitant, des cliniques de tumeurs par visioconférence, des consultations à distance par imagerie, des clubs de lecture et des conférences scientifiques.

La curiethérapie

La curiethérapie est une modalité de traitement par radiation qui nécessite la mise en place d'implants aux sites atteints afin qu'ils reçoivent la dose requise pour les traitements. Elle peut être utilisée pour certains types de cancer, et permet de donner une forte dose aux tissus envahis tout en préservant les tissus normaux avoisinants. Cette technique est réalisée sous guidage d'imagerie (échographie, CT-scan, IRM), permettant ainsi d'obtenir une très grande précision. Elle peut être utilisée seule ou en association avec la téléthérapie.

Au CICM, la conception du secteur de curiethérapie est des plus modernes. De la prise en charge du patient pour le début de la procédure jusqu'à son congé, l'équipe s'assure du bien-être du patient. Cette équipe, qui travaille dans un environnement de type salle d'opération avec des normes élevées de stérilité et d'asepsie, est composée de radio-oncologues, de physiciens médicaux, d'infirmières, de technologues, d'anesthésiste, d'inhalothérapeutes, et de préposés.

6. LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs relèvent de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire au MSSS, et les prochaines orientations régionales seront définies dans un programme et un plan d'action spécifiques, qui tiendront compte de la situation régionale et des orientations ministérielles. Des travaux sont spécifiquement prévus suite à l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie, et débuteront à l'automne 2014.

La très forte majorité des patients suivis en soins palliatifs présentant un cancer, des liens de collaboration et de coordination étroits sont assurés au niveau régional, avec notamment la présence de la DOSOR (responsable des soins palliatifs) au comité exécutif et au comité de coordination, et la même personne comme répondant régional en cancérologie et pour les soins palliatifs. De plus, les intervenants en soins palliatifs font également partie du RCM, certains avec une communauté de pratique, et tous ont accès à l'espace collaboratif.

Le rehaussement de l'offre de service

Au cours de l'année 2013-2014, de nouveaux budgets dédiés aux soins palliatifs à domicile ont permis un rehaussement régional de l'offre de service. La cible fixée par le MSSS a été dépassée, avec près de 87 500 interventions, soit une augmentation de plus de 12 000 interventions par rapport à l'année précédente, dont 3 700 usagers ont bénéficié. De plus, certains projets spécifiques visant le répit et l'accompagnement bénévole ont également reçu un financement, soutenant ainsi les équipes et favorisant le maintien à domicile pour les patients en fin de vie.

Les lits dédiés

Au niveau des lits dédiés, d'ici la fin de l'année 2014-2015, la région comptera un total de 132 lits, dont 48 dans les quatre maisons de soins palliatifs, 44 en CHSLD ou autre ressource, et 40 en CH. Des travaux se poursuivent afin de rehausser le nombre de lits dédiés sur le territoire de deux CSSS de la région, et ainsi atteindre la cible ministérielle d'un lit par 10 000 de population.

Un nouveau centre de jour en soins palliatifs

Un projet novateur sera en fonction au début 2015, soit l'ouverture d'un centre de jour en soins palliatifs à la maison Victor-Gadbois. Unique au Québec, ce centre sera complémentaire aux services de soins à domicile du réseau, et offrira deux volets de services. Le premier, sous la formule d'un centre de jour, offrira des services de soutien médicaux, infirmiers, professionnels, psychosociaux, spirituels et autres (art thérapie, massothérapie, bain thérapeutique, beauté, conférences, etc.). Le deuxième volet assurera l'accès quotidien à des plages de rendez-vous médicaux, permettant un meilleur contrôle des symptômes et une diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations à d'autres patients qui, pour diverses raisons, ne participeront pas aux activités du centre de jour.

PARTIE II :

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2014-2017

Les objectifs présentés dans la première colonne de même que ceux des lignes avec une trame de fond en bleu proviennent directement et textuellement du Plan d'action de la DQC, et sont ceux pour lesquels la DQC a identifié les agences ou les CSSS comme responsables. Pour la liste complète des objectifs, nous invitons le lecteur à se référer au Plan d'action de la DQC.

Le suivi du plan d'action sera assuré par la communauté de pratique performance, sous la responsabilité du comité exécutif. Les responsables de la communauté de pratique feront régulièrement état de l'avancement des travaux et de l'atteinte des objectifs au comité exécutif et au comité régional de coordination.

Ce plan d'action n'est pas exclusif, et il est entendu que d'autres projets et initiatives se poursuivent ou seront développés au cours de la période, régionalement ou localement, selon les besoins.

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017					
PLAN D'ACTION DE LA DQC	OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS	
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					
1.	<i>Consulter les personnes touchées par le cancer lors des prises de décision qui les concernent</i>	Assurer la consultation de personnes touchées par le cancer en soutien à la prise de décisions organisationnelles	Mettre en place un mécanisme qui permettra une implication active de personnes touchées par le cancer, d'aidants, d'organismes communautaires, et de communautés culturelles	DRC	✓ Structure en place et fonctionnelle
Objectif 1.2 Offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer					
4.	<i>Adopter de bonnes pratiques d'annonce du diagnostic</i>	Assurer la diffusion du compendium de bonnes pratiques lorsque rendu disponible par la DQC	Diffuser le compendium aux CSSS concernés, lorsque disponible	DRC	✓ Compendium des bonnes pratiques diffusé à tous les établissements
5.	<i>Soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique</i>	Supporter la participation active du patient dans son parcours thérapeutique	Développer un mécanisme de soutien et d'information pour la clientèle recevant un traitement avec molécule de traitement oral	RCM	✓ Mécanisme en place ou outils d'information accessibles et utilisés dans tous les CSSS
6.	<i>Faciliter et uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie</i>	Uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie	Favoriser l'implantation et la promotion de l'utilisation du formulaire dans les établissements	RCM	✓ Utilisation du formulaire dans 100 % des CSSS concernés
7.	<i>Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer</i>	Sensibiliser et outiller les intervenants au dépistage de la détresse	Implanter l'outil standardisé de dépistage de la détresse dans tous les établissements	RCM TCCA	✓ Utilisation de l'outil dans plus de 50 % des CSSS concernés
10.	<i>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</i>	Développer une concertation régionale au niveau de l'implication des équipes de soins palliatifs dans le plan de traitement du patient	Mettre à jour le plan régional en soins palliatifs et établir un mécanisme de concertation des équipes de soins palliatifs	Agence	✓ Plan régional à jour ✓ Mécanisme de concertation établi et en place

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017				
PLAN D'ACTION DE LA DQC	OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS
11. <i>Renforcer les soins palliatifs</i>	Assurer l'accès régional à des soins palliatifs à domicile	Poursuivre le suivi au niveau de l'augmentation de l'offre de services à domicile et de répit en soins palliatifs	Agence CSSS	✓ En continu
	Assurer l'accès régional aux lits dédiés en soins palliatifs	Poursuivre les travaux en vue du rehaussement du nombre de lits dédiés en soins palliatifs	Agence CSSS	✓ Projets en place ou réalisés afin d'atteindre le requis d'un lit pour 10 000 habitants
	Assurer la mise à jour des connaissances	Poursuivre l'offre de formation continue pour les intervenants en soins palliatifs	RCM	✓ En continu
PRIORITÉ 2 : L'INTERVENTION PRÉCOCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER				
Objectif 2.2 Favoriser la détection des cancers dès les premiers stades de leur développement				
23. <i>Améliorer le fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)</i>	Assurer un accès médical aux participantes de la Montérégie ayant une mammographie anormale	Recruter de nouveaux md/IPS-PL volontaires	DSP	✓ Le nombre de md/IPS-PL volontaires sur la liste régionale sera augmenté
		Soutenir les CRID à établir une stratégie locale pour améliorer la continuité des services d'investigation et de transmission des résultats d'investigation	DSP	✓ Protocole clinico-administratif du suivi des participantes qui reçoivent des services CRID créé et implanté par chacun des CRID
	Sensibiliser les groupes de femmes admissibles au Programme non rejointes par les stratégies de promotion en place	Implanter des stratégies spécifiques de promotion en fonction de la clientèle à rejoindre notamment les femmes de milieux défavorisés et celles d'autres origines ethnoculturelles	DSP	✓ Activités spécifiques de promotion réalisées
25. <i>Poursuivre l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)</i>	Assurer le déploiement régional du PQDCCR selon les orientations régionales et les directives du MSSS	Finaliser la mise à niveau du site de démonstration Assurer le déploiement de la mise à niveau dans les autres établissements concernés	Agence CSSS	✓ Le PQDCCR sera déployé dans la région selon les directives du MSSS

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017					
PLAN D'ACTION DE LA DQC	OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS	
PRIORITÉ 3 : L'INTERVENTION PRÉCOCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER					
Objectif 3.1 Améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic					
27.	<i>Assurer l'accès aux tests, à l'imagerie et aux services spécialisés au moment opportun selon l'urgence de la situation clinique</i>	Promouvoir l'utilisation de requêtes standardisées, incluant les niveaux de priorité clinique pour l'imagerie et l'endoscopie	Diffuser les grilles de priorisation aux services concernés des établissements et en supporter l'utilisation	DOSOR CSSS	✓ Grilles de priorisation utilisées systématiquement dans tous les CSSS
		Consolider les équipes médicales et interdisciplinaires pour la prise en charge des patients dès le diagnostic	Assurer le suivi des plans d'effectifs médicaux et des ressources en place et disponibles selon les ratios établis, et proposer des solutions lors de bris de service imprévus	Agence CSSS	✓ Accès médical assuré dans tous les CSSS
Objectif 3.2 Assurer un accès approprié aux traitements					
28.	<i>Exercer une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique et en radio-oncologie</i>	Assurer le respect des normes ministérielles pour le temps d'attente en chirurgie oncologique	Poursuivre le suivi des listes d'attente et des mesures de redressement mises en place par les établissements	DOSOR CSSS	✓ Respect des critères du MSSS dans les CSSS concernés
		Assurer le respect des normes ministérielles pour le temps d'attente en radio-oncologie	Poursuivre le suivi des temps d'attente en radio-oncologie au CICM	DRC CICM	✓ 90 % des patients traités dans les 28 jours ✓ 100 % des patients traités dans les 56 jours
29.	<i>Implanter un mécanisme standardisé de gestion de l'accès en chimiothérapie</i>	Assurer le respect des normes ministérielles pour l'accès à la chimiothérapie, lorsque disponibles	Établir un mécanisme de suivi au niveau de l'accès à la chimiothérapie	Agence	✓ Mécanisme en place et fonctionnel
			Assurer le suivi des délais et des mesures de redressement avec les CSSS	Agence CSSS	✓ Les critères ministériels d'accès à la chimiothérapie seront respectés
30.	<i>Instaurer des corridors de service bidirectionnels</i>	Officialiser les corridors de service en radio-oncologie entre le CICM avec les établissements concernés de la région	Finaliser la rédaction et faire signer les ententes locales en lien avec le guichet unique du CICM pour la radio-oncologie	Agence CSSS	✓ Ententes locales signées pour les CSSS concernés

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017					
PLAN D'ACTION DE LA DQC	OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS	
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					
33.	<i>Réaliser le deuxième cycle d'évaluation des composantes du RCQ</i>	Obtenir l'accréditation de toutes les équipes locales et régionales	Soutenir les équipes lors de la préparation du deuxième cycle d'évaluation de la DQC	RCM	✓ Rencontres de préparation avec les cogestionnaires locaux
			Participer au processus d'évaluation, selon les directives de la DQC	DRC	✓ Les équipes évaluées seront accréditées
34.	<i>S'assurer du respect des normes cliniques et organisationnelles dans les unités de coloscopie</i>	Assurer la mise à niveau des unités de coloscopie	S'assurer de la diffusion des normes en collaboration avec le secteur des immobilisations	DOSOR CSSS	✓ Respect des normes cliniques et organisationnelles en endoscopie dans l'ensemble des établissements de la région
			S'assurer de la diffusion des normes de pratiques cliniques relatives à la coloscopie auprès des médecins spécialisés concernés		
35.	<i>Compléter la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie (PAQ)</i>	Assurer l'application des recommandations du PAQ en anatomopathologie	S'assurer de la diffusion et de l'application des recommandations priorisées par le comité	DOSOR CSSS	✓ Recommandations appliquées dans les établissements concernés
Objectif 4.2 Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins					
36.	<i>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</i>	Assurer le respect des recommandations du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques	Accompagner et soutenir les établissements dans la mise en place des 27 mesures recommandées au niveau de la sécurité des médicaments antinéoplasiques	RCM TCCA CSSS	✓ Les CSSS concernés auront mis en place les moyens nécessaires afin de respecter les mesures sécuritaires établies
37.	<i>Assurer la prestation sécuritaire et la qualité des traitements de radiothérapie</i>	Assurer la prestation sécuritaire et la qualité des traitements en radiothérapie	Implanter un programme d'assurance qualité en radiothérapie	CICM	✓ Programme en place

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017				
PLAN D'ACTION DE LA DQC	OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS
Objectif 4.3 Soutenir l'évolution des pratiques selon les données probantes				
42. <i>Outiller les cliniciens pour l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes</i>	Promouvoir l'utilisation de rapports standardisés pour le suivi des principaux sièges de cancers (sein, côlon, rectum, poumon, prostate, lymphome, cancers gynécologiques)	Diffuser et soutenir le développement, la mise à jour et l'utilisation d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi des quatre principaux sièges tumoraux	RCM	✓ Diffusion à tous les CSSS concernés et dépôt sur l'espace collaboratif ✓ 50 % des CSSS concernés utiliseront les algorithmes diffusés
	Assurer l'accès aux formations et au soutien disponibles au RCM aux intervenants qui ne font pas directement partie des équipes d'oncologie, mais qui offrent des soins et services à la clientèle, par exemple en soins à domicile	Diffuser l'information pertinente aux intervenants concernés : formations, espace collaboratif, experts régionaux, etc.	RCM TCCA	✓ L'information sera disponible pour tout intervenant ayant à offrir des services à un patient atteint de cancer.
PRIORITÉ 5 : LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU				
Objectif 5.1 Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)				
49. <i>Créer ou consolider les réseaux régionaux/interrégionaux</i>	Assurer le maintien du réseau régional, harmonisé à la vision de la DQC	Poursuivre la consolidation du réseau régional à travers le soutien et le maintien actif des communautés de pratique	Agence DRC RCM	✓ En continu
		Relancer la communauté de pratique des médecins en cancérologie	RCM	✓ Communauté de pratique active
	Diffuser le programme régional de cancérologie 2014-2017	Finaliser la rédaction du plan régional et assurer sa diffusion à travers le réseau	Agence DRC RCM	✓ Plan régional diffusé au début de l'année 2014-2015
50. <i>Assurer l'implantation, dans les établissements et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), du modèle organisationnel prévu</i>	Assurer le maintien ou la mise en place d'une gouverne locale administrative et médicale en cancérologie	Lettre de rappel à envoyer aux CSSS	DRC	✓ Gouvernes locales mises à jour dans chaque CSSS
	Assurer la présence d'un plan local de cancérologie dans chaque CSSS	Diffuser le plan régional de même que les exigences de la DQC quant à la présence d'un plan local	DRC	✓ Plans locaux mis à jour dans chaque CSSS

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017					
PLAN D'ACTION DE LA DQC		OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS
51.	<i>Évaluer l'implantation du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)</i>	Participer au projet de recherche qui sera retenu	Offrir aux chercheurs désignés le soutien actif des personnes concernées	Agence RCM	✓ Participation au projet de recherche
Objectif 5.2 Développer l'offre de soins et de services dans une approche concertée et coordonnée en suivant des normes de qualité					
56.	<i>Élaborer et valider des critères de priorisation pour optimiser l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO)</i>	Optimiser l'accès à l'infirmière pivot en oncologie	Dès réception, diffuser et assurer l'utilisation de la grille de priorisation pour optimiser l'accès à l'infirmière pivot	RCM	✓ Les CSSS utiliseront une grille de priorisation pour l'accès à l'IPO
Objectif 5.3 Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ					
58.	<i>Soutenir l'adoption des pratiques organisationnelles exemplaires dans les établissements du réseau</i>	Assurer l'adoption, la diffusion ou le maintien de pratiques exemplaires	S'assurer du maintien et de la vitalité des communautés de pratique existantes	RCM	✓ Les communautés de pratique produiront la liste de leurs objectifs de façon annuelle ou bisannuelle
			S'assurer de la rédaction d'un résumé de rencontre avec l'équipe interdisciplinaire pour décider du PII au moment des décisions et du départ d'une hospitalisation	CSSS	✓ Les CSSS auront intégré un résumé de rencontre avec l'équipe interdisciplinaire au dossier du patient
			Mettre en place la chimiothérapie en deux temps	CSSS	✓ 100 % des CSSS concernés auront mis en place les services de chimiothérapie en deux temps
		Reconnaître les pratiques exemplaires en lien avec le thème du colloque annuel du RCM	RCM	✓ Remise du prix d'excellence annuel Jean-Latreille au colloque du RCM	
Objectif 5.4 Suivre les progrès de la lutte contre le cancer au Québec					
60.	<i>S'assurer de l'exhaustivité, de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité des données du Registre québécois du cancer (RQC)</i>	Transmettre au RQC les données requises de tous les registres locaux de cancer dans les délais établis	Assurer le suivi des cibles de transmission selon les critères de la DQC, de même que des mesures de redressement des CSSS, au besoin	Agence CRAR	✓ En continu

PLAN D'ACTION MONTÉRÉGIEN EN CANCÉROLOGIE 2014-2017					
PLAN D'ACTION DE LA DQC		OBJECTIFS EN MONTÉRÉGIE	ACTIONS À RÉALISER	RESPONSABLE	RÉSULTATS ATTENDUS
61.	S'assurer du fonctionnement optimal des RLC	Assurer une utilisation optimale des ressources compétentes pour le maintien des registres locaux de cancer	Réviser le modèle régional actuel afin de tenter d'optimiser les ressources humaines disponibles dans la région et nécessaires au projet	Agence	✓ Révision du modèle et mise en place des ajustements, au besoin
			Élaborer et diffuser le plan d'action régional sur la main d'œuvre des archivistes	Agence	✓ Plan d'action réalisé pour septembre 2014
			Soutenir la communauté de pratique des archivistes et registraires au RQC	Agence RCM CSSS	✓ Participation de toutes les archivistes et registraires au RQC des établissements à la table régionale

PARTIE III : OBJECTIFS DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE DU RCM

Note : Le suivi des objectifs des communautés de pratique sera assuré par les responsables de chacune des communautés, qui feront état de leur bilan au comité régional de concertation.

ARCHIVISTES ET REGISTRAIRES DES REGISTRES LOCAUX DU CANCER

Objectifs	Indicateurs
1. Soutenir activement la formation continue, le partage des connaissances et la concertation régionale.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rencontres de la communauté de pratique 5-6 demi-journées/année. ✓ Présence d'au moins 90 % des membres physiquement ou par visioconférence lors des rencontres. ✓ Production d'un résumé de rencontre suite à chacune des réunions. ✓ Questionnaires et production de tableaux reflétant la réalité des RLC. ✓ Dépôt de documents sur l'Espace collaboratif.
2. Favoriser l'acquisition et l'amélioration des connaissances en respect des consignes du RQC.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retour sur les formations données par le RQC pour en assurer une compréhension adéquate commune. ✓ Élaboration d'outils pédagogiques en complément des formations du RQC tels : documentation sur la stadification et les traitements des cancers colorectaux, du sein, du poumon et de la prostate; exercices complémentaires pour soutenir la compréhension des notions théoriques.
3. Mettre en commun les idées, connaissances et outils en lien avec des politiques & procédures d'un RLC.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participation à la rédaction des politiques & procédures des RLD pour les parties concernant particulièrement le travail des archivistes.
4. Compléter ensemble le formulaire de reconnaissance du titre d'emploi de registraire en oncologie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Complétion commune du formulaire et transmission au syndicat local, au RQC et à l'Agence au plus tard le 31 décembre 2014.

CHEFS CLINICO-ADMINISTRATIFS DES PROGRAMMES DE CANCÉROLOGIE

Objectifs	Indicateurs
1. Accompagner et soutenir les établissements dans la mise en place des 27 mesures recommandées au niveau de la sécurité des médicaments antinéoplasiques.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de mesures mises en place dans les CSSS concernés.
2. Mettre en place, dans chacun des CSSS, des mécanismes assurant le transfert systématique de la collecte de données aux équipes concernées.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de CSSS avec mécanisme implanté (cible : 100 %).
3. Exercer une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique, en chimiothérapie et en radio-oncologie, de même que des cibles de transmission au RQC, et prendre les mesures nécessaires afin de respecter les cibles ministérielles.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respect des cibles selon le requis.
4. Formaliser et compléter la mise en place de corridors de services	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ententes signées et protocoles

	bidirectionnels entre les établissements concernés de la Montérégie et la radio-oncologie du CICM.		diffusés dans tous les CSSS.
5.	Implanter l'outil d'évaluation de l'échelle de détresse dans les centres avec clinique ambulatoire d'oncologie.	✓	Nombre de CSSS ayant implanté l'échelle (cible : 100 %).
6.	Poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et des services à travers la participation active au comité régional de performance.	✓ ✓	Nombre de rencontres. Nombre de participants aux rencontres.
7.	Promouvoir l'utilisation de l'espace collaboratif auprès des intervenants en cancérologie et en soins palliatifs des CSSS.	✓	Nombre de personnes inscrites à l'espace collaboratif.

CHEFS MÉDICAUX

Objectifs	Indicateurs
1. Assurer la diffusion des aides à la décision cliniques (CICM) et lignes directrices (DQC/Cepo/Geoq) pour la prise en charge et traitement des diverses formes de cancers.	✓ Production d'un document numérique sur CD-ROM et en ligne répertoriant ces outils de pratique clinique et les rendre accessibles à tous les médecins responsables de la prise en charge et la prescription de traitement anticancéreux en Montérégie.
2. Favoriser la participation des membres de la communauté médicale à la mise à jour et à l'élaboration d'outils d'aide à la décision clinique.	✓ Nombre de participants, comme auteur principal ou pour relecture des documents d'aide à la décision clinique.
3. Explorer le désir, la pertinence et la faisabilité d'avoir un accès par vidéoconférence aux réunions des cliniques tumorales spécialisées.	✓ Sondage auprès des médecins pour évaluer les besoins, les attentes afin de soutenir et améliorer la pratique oncologique.
4. Diffuser les listes des projets de recherche et les critères d'admission pour, le cas échéant, favoriser la participation de tous en recherche clinique.	✓ Sondage auprès des médecins pour évaluer les besoins, les attentes afin de soutenir et améliorer la pratique oncologique. Évaluation de la faisabilité avec l'équipe de recherche oncologique du CICM.
5. Maintenir la compétence clinique par la participation à des symposiums locaux ou sopers-conférences pour la mise à jour suivant la tenue de congrès important en héματο-oncologie.	✓ Diffusion de l'information auprès de tous les médecins impliqués dans le traitement du cancer en Montérégie. ✓ Nombre d'événements. ✓ Nombre de participants aux événements.

INFIRMIERS (ÈRES) CONSEILLERS (ÈRES) EN SOINS SPÉCIALISÉS (ICSS)

Objectifs	Indicateurs
1. Standardiser tous les outils de dépistage et d'évaluation en soins infirmiers oncologiques dans tous les centres (échelle de détresse, collecte de données de l'infirmière pivot, PQRST, Pasclac, AINÉE).	✓ Audits. ✓ Réunions de service.
2. Soutenir l'utilisation de l'Espace collaboratif dans toutes les équipes de soins infirmiers de 1re ligne, 2 ^e ligne en oncologie pour favoriser l'autonomie professionnelle et une pratique probante.	✓ Sondage aux réunions de service.
3. Identifier les problématiques récurrentes dans les techniques d'accès veineux centraux cutanés et continuer l'enseignement et les audits auprès des équipes de cliniques externes et de 1re ligne.	✓ Audits. ✓ Mini cliniques. ✓ Calendrier des événements sentinelles.

INFIRMIÈRES CONSULTANTES EN SOINS PALLIATIFS (ICSP)

Objectifs	Indicateurs
1. Réviser la description de fonction régionale afin d'harmoniser les pratiques et le rôle de l'infirmière consultante.	✓ Dépôt de document.
2. Identifier les outils d'évaluation et d'intervention en soins infirmiers utilisés dans chacun des CSSS et élaborer un plan de formation pour soutenir les équipes soignantes dans leur pratique clinique.	✓ Tableau des outils par CSSS.
3. Définir certains outils pédagogiques pour favoriser l'enseignement aux pairs dans chacun des sites des CSSS.	✓ Dépôt des documents. ✓ Calendrier des formations.
4. Déterminer les besoins de formation dans chaque CSSS et partager un plan d'intégration avec chaque chef de service des équipes en place (1 ^{re} et 2 ^e ligne, CHCLD).	✓ Dépôt des documents.
5. Participer activement aux plans ou programmes de soins palliatifs/fin de vie de chaque CSSS.	✓ Calendrier des rencontres.

INFIRMIÈRES PIVOTS (IPO)

Objectifs	Indicateurs
1. Les IPO resteront vigilantes à nommer les sujets pouvant être ajoutés ou modifiés à la session d'information pour les patients débutant la chimiothérapie, de manière à garder cette session de bienvenue sécuritaire et instructive pour toute la nouvelle clientèle.	✓ Discussions rapportées au procès-verbal des réunions de service.
2. En partenariat avec les infirmières aux traitements et les IPO, chaque nouveau patient au RCM aura un plan thérapeutique infirmier (PTI) qui sera débuté au moment de son admission à la clinique d'oncologie (traitement de chimiothérapie).	✓ Nombre de PTI et nombre de nouveaux patients par audit dans chacune des cliniques, à la discrétion des chefs clinico-administratifs.
3. En collaboration avec les équipes médicales et pharmacologiques, les IPO discuteront d'un système de planification de suivi pour que tous les patients ayant une prescription de chimiothérapie orale aient accès à un suivi de soins infirmiers avec enseignement pour les autosoins et symptômes exacerbés.	✓ Nombre de prescriptions per os et nombre de patients suivis par les IPO.
4. En collaboration avec les infirmières aux traitements, tous les patients recevant un traitement adjuvant recevront lors de leur dernier traitement de chimiothérapie un document de la Société canadienne du cancer « La vie après les traitements » ainsi qu'une lettre spécifiant le nouveau rôle de l'IPO dans le continuum de soins.	✓ Nombre de derniers traitements à la pharmacie et nombre de documents donnés annuellement.
5. Au niveau de la continuité de soins, les IPO s'assureront de joindre la collecte de données initiales à toute demande de service à domicile, service courant ou autre transfert d'institution, en collaboration avec le secrétariat et les archives.	✓ Audit une semaine/année pour les requêtes faites à domicile. ✓ Nombre de requêtes/nombre de collecte initiale associée.
6. Choix et utilisation d'un outil validé pour évaluer la clientèle âgée commençant une trajectoire de soins oncologique avec chimiothérapie en soins infirmiers (ex. : signes vitaux gériatriques), pour ainsi mieux détecter la fragilité et assurer un suivi interdisciplinaire plus spécifique à l'oncogériatrie.	✓ Mise en place d'un outil de dépistage.

- | | |
|---|---|
| 7. Intégration de l'outil de dépistage de la détresse lors de l'évaluation initiale et tout au long de la trajectoire de soins en collaboration avec l'équipe des infirmières aux traitements | ✓ Date de début du projet et mise au dossier de chaque patient. |
|---|---|

INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX EN CH ET EN CLSC

L'objectif global des rencontres demeure la participation de tous à la mise en place d'une pratique psychosociale oncologique et le développement d'un groupe d'appartenance, de soutien et d'enrichissement de nos pratiques.

Objectifs

Indicateurs

1. Améliorer l'accessibilité de la documentation et des informations pertinentes à la pratique psychosociale en oncologie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en fonction, pour chaque intervenant de l'espace collaboratif. ✓ Mise à jour des informations qui y seront déposées.
2. Mieux assumer le rôle de consultant aux collègues du soin concernant les enjeux relationnels.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identification des éléments constitutifs de ce rôle. ✓ Échanges sur les pratiques déjà en place.
3. Approfondir l'intervention auprès des patients – familles présentant des problèmes relationnels complexes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation concernant les patients présentant un trouble de la personnalité. ✓ Formation sur la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet.
4. Préserver la qualité, la souplesse, l'engagement et la créativité dans l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien d'un temps de supervision clinique pendant les rencontres.
5. Se sensibiliser aux enjeux entourant la sexualité chez les patients atteints de cancer.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation sur les enjeux de la sexualité chez les patients atteints de cancer.

NUTRITIONNISTES

Objectifs

Indicateurs

1. Soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Révision du contenu pertinent portant sur la nutrition de la séance d'information pour les patients débutant un traitement de chimiothérapie.
2. Contribuer à l'uniformisation de l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Révision des critères de référence en nutrition et partage avec les intervenants concernés (et non seulement les infirmières). ✓ Promotion du rôle/interventions de la nutritionniste en oncologie.
3. Assurer un accès approprié aux traitements et instaurer des corridors de service bidirectionnels.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définition et officialisation des critères de prise en charge des patients suivis en traitement de radiothérapie.
4. Outiller les cliniciens pour l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégration aux communautés de pratique canadienne et américaine (partage des données probantes, selon le financement accordé). ✓ Poursuite de la création/partage d'outils d'enseignement standardisés pour la clientèle oncologique.
5. Encourager la formation et le maintien des compétences.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien des rencontres du comité régional/communauté de pratique.
6. Créer ou consolider les réseaux régionaux/interrégionaux.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Collaboration à la mise en place des réseaux régionaux par le partage des expériences vécues. ✓ Intégration du réseau provincial.

PERFORMANCE

Objectifs	Indicateurs
1. Relancer les travaux de la communauté et élaborer un plan de travail et un agenda pour le suivi de la performance.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Horaire des rencontres. ✓ Plan de travail.
2. Déterminer les éléments et indicateurs qui seront suivis et priorisés à travers le développement de tableaux de bord, régional et locaux pour chaque année du plan d'action.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tableau de bord régional. ✓ Tableaux de bord locaux.
3. Identifier les zones d'amélioration et les stratégies pour y arriver.	
4. Assurer le suivi des stratégies mises en place.	
5. Produire un bilan annuel de la performance régionale globale et spécifique liée aux indicateurs de cancérologie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bilan annuel.

PHARMACIENS

Objectifs	Indicateurs
1. Soutenir activement la formation continue, le partage de connaissances et la concertation clinique.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publication d'au moins six bulletins d'information pharmaceutique par année. ✓ Offre de formation annuelle qui répond aux besoins des pharmaciens en oncologie de notre région. ✓ Offre de formation aux deux ans pour les pharmaciens. ✓ communautaires de l'ensemble de la Montérégie. ✓ Poursuite des rencontres à raison de quatre réunions par année.
2. Favoriser les échanges d'informations pharmaceutiques entre nous et entre les autres intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuite des rencontres à raison de quatre réunions par année. ✓ Alimentation de l'espace collaboratif.
3. Outiller les équipes afin d'améliorer les processus de soins.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Finalisation de la révision des ordonnances préimprimées. ✓ Finalisation de la mise à jour et révision des guides d'administration.

PHYSIOTHÉRAPEUTES

Objectifs	Indicateurs
1. Assurer la diffusion d'informations pertinentes sur le lymphœdème basées sur les données probantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise à jour du contenu de la brochure remise en postopératoire et des documents remis à l'atelier pour patientes ayant eu une chirurgie pour le cancer du sein selon les articles revus en 2013 (et en accord avec les chirurgiens de HCLM). ✓ Emphase sur la mise à jour des précautions en lien avec le lymphœdème et les exercices postopératoires selon le type de chirurgie fait à l'aisselle. ✓ Mise à jour avec les intervenants (médecins, équipe CICM-RCM incluant l'équipe radio-onco) des points 1-4 et des traitements suggérés pour le lymphœdème.
2. Améliorer les outils utilisés pour la transmission d'informations lors des ateliers.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développement d'un PowerPoint suivant les objectifs de l'atelier <i>Prévention des séquelles post chirurgie du sein.</i>

- | | |
|---|---|
| 3. Produire des programmes d'exercices spécifiques. | ✓ Finalisation des programmes d'exercices (avec les nouveaux logos) débutant avec la période de radiothérapie et ceux pour les cordons axillaires. |
| 4. Outiller les intervenants dans la diffusion d'informations sur le <i>Programme de vêtements de compression pour le traitement du lymphœdème de la RAMQ</i> mis en place en janvier 2014. | ✓ Rédaction de documents pour aider les intervenants et médecins à mieux comprendre le programme. |
| 5. Participer aux comités nationaux pertinents. | ✓ Participation au comité national des séquelles musculo-squelettiques des traitements pour le cancer du sein de la DQC si celui-ci est mis en place. |

ANNEXE I

GOUVERNE RÉGIONALE EN CANCÉROLOGIE

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

GOUVERNE RÉGIONALE DE CANCÉROLOGIE

19 février 2013
Mise à jour du 17 juin 2014

Contexte

PLAN DIRECTEUR DE LA DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE

Le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC) prévoit la création d'une organisation de soins et de 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) aux paliers des établissements, des agences et du ministère de la Santé et des 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.

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

1. Le comité national de coordination
2. Le comité national de concertation
3. Les comités nationaux dédiés à un siège tumoral ou à une problématique clinique spécifique
4. Les centres intégrés de cancérologie

Tous les établissements (CSSS, centres régionaux, centres 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.

Impacts

Gouverne régionale - Agence

- Nomination d'un directeur régional de cancérologie;
- Création d'une direction régionale de cancérologie et d'un comité exécutif qui agira comme centre de coordination;
- Actualisation des trois paliers de gouverne intégrés et hiérarchisés de la DQC: local, régional, provincial;
- Maintien du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM) comme leader clinique et support régional;
- Bonification de la structure du comité de coordination afin d'atteindre les objectifs nationaux de qualité et d'équité de soins;
- Mise en place d'un comité de concertation clinique qui assurera le suivi de l'intégration des pratiques exemplaires;
- Intégration des partenaires (Agence de Montréal, RUIS, population) dans la gouverne régionale.

Gouverne locale - CSSS

- Adoption d'une gouverne conforme aux normes du programme de lutte contre le cancer, soit une cogestion médicale et clinico-administrative et une direction imputable;
- Mise en place d'activités de coordination et de concertation clairement identifiables.

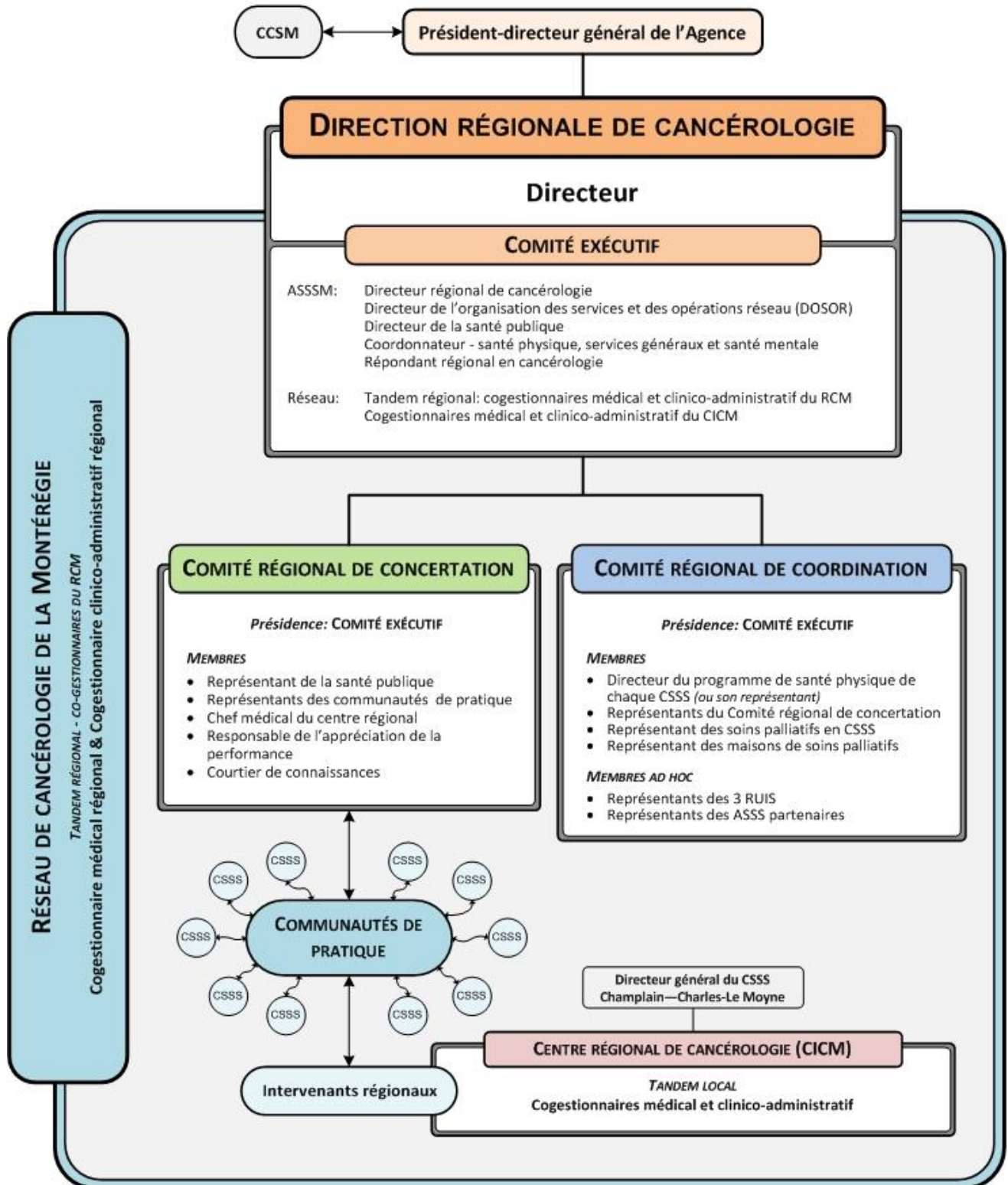
Principes

Généraux

- Assurer à la population de la Montérégie un accès universel aux pratiques exemplaires en cancérologie;
- Assurer une organisation de soins et services basée sur des données probantes;
- Promouvoir et universaliser une vision intégrée des services;
- Allier le leadership médical et le leadership des soins et services;
- Maintenir un réseau de communication efficace et fluide entre les différents acteurs et paliers décisionnels.

Spécifiques

- Assurer la participation des différents acteurs: population, patients, médecins, professionnels, gestionnaires;
- Adhérer aux politiques et aux orientations provinciales en cancérologie;
- Participer et contribuer activement au leadership provincial en cancérologie;
- Organiser les programmes et services dans un principe de continuum de soins, de la prévention aux soins palliatifs.



DIRECTION RÉGIONALE DE CANCÉROLOGIE

MANDAT GÉNÉRAL

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 inter régionaux;
- Assurer un support à la coordination des activités du RCM, du comité de coordination, et du comité de concertation.

COMITÉ EXÉCUTIF

MANDAT GÉNÉRAL

Agir comme centre de coordination et piloter le suivi des projets et des décisions de la direction régionale, du programme de cancérologie régional et du RCM, dans le respect des orientations régionales et provinciales.

MANDATS SPÉCIFIQUES

- S'assurer du développement et du fonctionnement du RCM en harmonie avec les orientations régionales et provinciales;
- Recommander les priorités du programme régional en lien avec les priorités provinciales;
- Discuter et recommander les choix de projets et d'activités du RCM et leurs priorités en lien avec les autres secteurs de l'Agence;
- 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.

COMITÉ RÉGIONAL DE CONCERTATION

MANDAT GÉNÉRAL

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;
- Supporter l'évaluation de la performance;
- Proposer des moyens pour améliorer la communication;
- Encourager la formation continue, le soutien, la supervision et l'évaluation.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- Communautés de pratique fonctionnelles;
- Utilisation d'outils de pratique nationaux;
- Intégration des pratiques exemplaires;
- Rapports d'évaluation de la performance régionale;
- Répertoire des activités de formation, soutien, supervision et évaluation.

COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION

MANDAT GÉNÉRAL

Assurer une offre de soins et services équitable et harmonisée qui réponde aux besoins de la population de la Montérégie, 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 services afin d'en améliorer l'accès et la qualité;
- Discuter et approuver les orientations cliniques, scientifiques et administratives du RCM en lien avec les priorités régionales et provinciales;
- Proposer 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;
- 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 extra régionaux;
- 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 l'expertise des 3 RUIS.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- Offre de soins et services hiérarchisés et intégrés au niveau de la région, selon les normes du Réseau québécois de cancérologie;
- Corridors de services bidirectionnels formels et efficaces;
- Distribution du budget selon les priorités régionales;
- Réduction des délais d'accès à l'investigation et aux traitements dans les établissements;
- Répertoire des pratiques exemplaires utilisées;
- Inventaire des projets et publication des rapports d'évaluation.

RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE

MANDAT GÉNÉRAL

Orienter le développement du RCM à travers la mise en place de pratiques exemplaires et le transfert des connaissances, favoriser l'évolution des pratiques, et appuyer l'évaluation de la performance.

MANDATS SPÉCIFIQUES

- Revoir et soutenir la mise en place des actions à entreprendre pour :
 - réaliser les orientations et les objectifs du RCM;
 - assurer le continuum de soins et de services;
 - maintenir un processus d'amélioration continue de la qualité;
- Proposer à l'agence les priorités du RCM en lien avec les priorités régionales et provinciales;
- Soutenir des mécanismes fonctionnels de communication et de continuité de soins entre les différents partenaires du RCM (CSSS et partenaires du réseau);
- Approuver les plans d'action des communautés de pratique;
- Assurer l'organisation ou le suivi des activités de formation continue;
- Présider les différents comités qui sont sous sa responsabilité.

COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

MANDATS

- Analyser et adopter des normes et 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 au RCM sur toute problématique relevant de leur compétence;
- Développer des mécanismes pour connaître les besoins et les attentes de leur clientèle.

INTERVENANTS RÉGIONAUX

MANDATS

- 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.

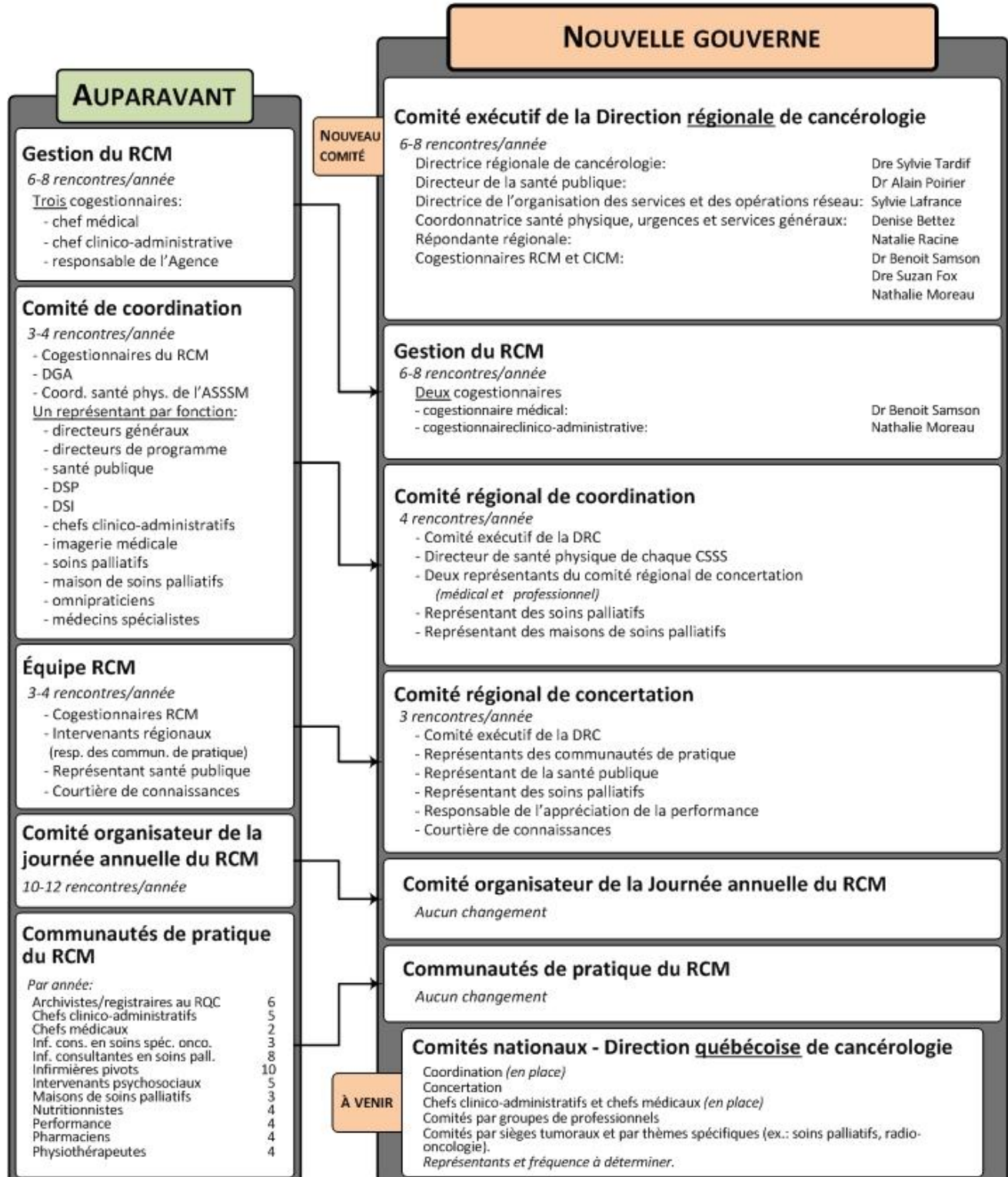
CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE LA MONTÉRÉGIE

MANDATS GÉNÉRAUX

- Offrir des soins et services spécialisés et surspécialisés;
- Soutenir et animer le RCM en partenariat avec la Direction régionale de cancérologie
- Agir comme pôle d'expertise au niveau des intervenants régionaux en cancérologie.

MANDAT SPÉCIFIQUE

- Promouvoir et favoriser l'intégration et le continuum des soins et des services entre les équipes sur le territoire de la Montérégie avec le support des intervenants régionaux déjà identifiés.



ANNEXE II

LES CSSS EN MONTÉRÉGIE

LES CSSS EN MONTÉRÉGIE

CSSS	VILLE	POPULATION DU TERRITOIRE	CHA	CH	SERVICES OFFERTS		
					Chirurgie	Chimiothérapie	Radio- oncologie
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne www.santemonteregie.qc.ca/champlaincharleslemoyne/index.fr.html	Brossard	210 672	✓		✓	✓	✓
CSSS de la Haute-Yamaska www.santemonteregie.qc.ca/granby-region/index.fr.html	Granby	98 604		✓	✓	✓	
CSSS du Haut-Richelieu—Rouville www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville/index.fr.html	Saint-Jean	182 382		✓	✓	✓	
CSSS Jardins-Roussillon www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/index.fr.html	Châteauguay	211 894		✓	✓	✓	
CSSS La Pommeraie www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraiie/index.fr.html	Cowansville	52 393		✓	✓	✓	
CSSS Pierre-Boucher www.santemonteregie.qc.ca/cssspierreboucher/index.fr.html	Longueuil	251 521		✓	✓	✓	
CSSS Pierre-De Saurel www.santemonteregie.qc.ca/sorel-tracy/index.fr.html	Sorel	51 077		✓	✓	✓	
CSSS Richelieu-Yamaska www.santemonteregie.qc.ca/richelieu-yamaska/index.fr.html	Saint-Hyacinthe	213 464		✓	✓	✓	
CSSS du Suroît www.santemonteregie.qc.ca/suroit/index.fr.html	Valleyfield	56 956		✓	✓	✓	
CSSS du Haut-St-Laurent www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent/index.fr.html	Ormstown	24 611		✓	✓		
CSSS Vaudreuil-Soulanges http://www.santemonteregie.qc.ca/vaudreuil-soulanges/index.fr.html	Vaudreuil-Dorion	145 514					

ANNEXE III

LE BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012

LE BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012

(Prolongé à décembre 2013)

Dès 2012, plusieurs des mesures stratégiques des orientations prioritaires du Programme québécois de lutte contre le cancer étaient déjà en place. Nous ferons ici le bilan du *Plan d'action montérégien en lutte contre le cancer 2010-2012*.

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DES SERVICES			
ORIENTATION PRIORITAIRE DU PQLC	OBJECTIFS DU RCM	ACTIONS À RÉALISER	RÉSULTATS
<p>Mesure 11 Optimiser l'accès aux services de soutien et de support psychosociaux.</p>	<p>1. Consolider le service régional de dépistage génétique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicisation du service offert par les deux conseillères en génétique à l'échelle de la région. ▪ Former et soutenir un répondant par CSSS pour l'oncogénétique ▪ Poursuite des travaux en cancer colorectal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse à l'ensemble des demandes de service dans un délai de moins de six mois. ▪ Aucun CSSS n'a manifesté le besoin de former un répondant local.
<p>Mesure 12 Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.</p>	<p>2. Soutenir chaque établissement dans le fonctionnement des équipes interdisciplinaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des équipes locales et suprarégionales ▪ Formation des chefs médicaux et clinico administratifs ▪ Coaching des équipes déjà formées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontres interdisciplinaires avec plan d'intervention au dossier dans neuf hôpitaux sur 10. ▪ Description des fonctions des membres des équipes et critères de références des patients accessibles régionalement.
<p>Mesure 22 Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.</p>	<p>3. Poursuivre les activités de recrutement et de promotion pour augmenter la participation au PQDCS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser les partenaires qui peuvent recommander les participantes et favoriser l'accès à l'investigation des femmes ayant une mammographie de dépistage anormale. ▪ Poursuivre le processus d'assurance de la qualité des services dans les CDD du PQDCS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2012, 88,4 % des femmes participant au PQDCS ont eu accès à la mammographie de dépistage en moins de 30 jours.
<p>Mesure 28 Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie et mettre en place une banque centrale pour le système de gestion de l'accès aux services</p>	<p>4. Harmoniser le suivi de l'accès aux services de radio-oncologie au centre régional avec le système de gestion provincial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture du nouveau CICM. ▪ Évaluation de l'impact sur le volume d'activités des autres établissements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiothérapie offerte dans le respect des délais prescrits par les normes provinciales.

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DES SERVICES			
ORIENTATION PRIORITAIRE DU PQLC	OBJECTIFS DU RCM	ACTIONS À RÉALISER	RÉSULTATS
<p>Mesure 29</p> <p>Mettre en place le système de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et, par la suite, à la chimiothérapie, afin de respecter les normes établies</p>	<p>5. Mettre en place la discrimination des chirurgies oncologiques dans le système de gestion SIMASS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publiciser la fiche indicateur de la DLCC dès sa parution. ▪ Accompagner les équipes en lien avec le département de chirurgie des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La quasi-totalité des chirurgies FIO sont validées dans SIMASS lors de leur inscription. ▪ La majorité des modalités nécessaires au respect des délais sont en place, et les établissements travaillent à l'atteinte des cibles. ▪ Près de 93 % des chirurgies FIO sont réalisées à l'intérieur de 56 jours.
<p>Mesure 33</p> <p>Mettre en place dans chaque CSSS, une coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires.</p> <p>Mesure 4</p> <p>Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.</p>	<p>6. Optimiser la planification d'un réseau intégré de soins palliatifs au sein du RCM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de l'état de situation produit à la suite des visites des équipes locales. ▪ Arrimage des codifications dans I-CLSC pour la clientèle en soins palliatifs. ▪ Intégration des maisons de soins palliatifs au RCM. ▪ Consolider les différentes communautés de pratiques en place. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les équipes locales dédiées aux soins palliatifs sont implantées dans quelques établissements. ▪ Un document sur la codification dans I-CLSC a été produit et distribué afin d'assurer la concertation entre les CSSS ▪ Deux comités régionaux sont en place spécifiquement pour les soins palliatifs : ICSP et maisons de soins palliatifs.
<p>Mesure 52</p> <p>Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées.</p>	<p>7. Que les services en réadaptation soient rendus disponibles et de démontrer leur utilité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration de la prévention des séquelles à la suite d'une chirurgie du sein par les traitements et ateliers en physiothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontres régulières du comité régional des physiothérapeutes ▪ Analyse des données compilées périodiquement par les physiothérapeutes
<p>Mesure 59</p> <p>Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.</p>	<p>8. Poursuite des travaux pour la mise en place des trois registres locaux de cancer en Montérégie (emphasis sur la validation).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien aux projets pilotes effectués dans trois établissements. ▪ Suites à donner aux recommandations émises pour la poursuite du projet en lien avec le registre provincial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9/9 registres locaux de cancer sont en place et fonctionnels, assurant la transmission des données au RQC.

<p>Objectif 5.2 Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer.</p> <p>Mesure 60 Soutenir des projets d'évaluation ciblés...</p>	<p>9. Accompagner les équipes locales dans l'appropriation de leurs résultats d'analyse de performance, l'identification de leurs cibles et les moyens pour les atteindre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Production d'un cadre de référence et d'une demande de financement pour l'embauche d'un chargé de projet. ▪ Description du contenu des ateliers d'accompagnement. ▪ Création d'une communauté de pratique « performance » ▪ Rédaction d'un rapport décrivant la faisabilité d'un tel projet dans d'autres régions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de la performance réalisée pour chacun des CSSS. ▪ Ateliers d'accompagnement réalisés avec cinq CSSS. ▪ Communauté de pratique performance mise en place.
---	--	---	---

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS RELEVANT DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		
ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU PQLC	RÉSULTATS ATTENDUS	RÉSULTATS PAR AU 31 MARS 2012 RÉSULTATS PNSP ET KINO AU 31 MARS 2013
<p>Mesure 13 Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 CSSS auront réalisé des actions locales en soutien aux campagnes provinciales de promotion de saines habitudes de vie ▪ 11 CSSS auront fait la promotion de la campagne <i>Fruits et légumes en vedette</i> auprès de tous les restaurants de leur territoire ▪ 20 % des municipalités auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec ▪ 30 % écoles publiques et privées auront participé à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique (Plaisir d'hiver, École active, Grand et petit défi, Semaine internationale Marchons vers l'école) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 11 CSSS ont réalisé des actions locales en soutien aux campagnes provinciales de promotion de saines habitudes de vie ✓ 55 % des municipalités ont participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec
<p>Mesure 14 Continuer le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique. Notamment dans les établissements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 CSSS auront planifié, conjointement avec les commissions scolaires, les interventions de promotion de la santé et de bien-être et de prévention en milieu scolaire ▪ 84 écoles auront amorcé l'implantation de l'approche École en santé ▪ 60 écoles auront implanté l'approche École en santé 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 11 CSSS ont planifié, conjointement avec les commissions scolaires, les interventions de promotion de la santé et de bien-être et de prévention en milieu scolaire ✓ 161 écoles ont amorcé l'implantation de l'approche École en santé

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS RELEVANT DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		
ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU PQLC	RÉSULTATS ATTENDUS	RÉSULTATS PAR AU 31 MARS 2012 RÉSULTATS PNSP ET KINO AU 31 MARS 2013
scolaires et de santé ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 148 écoles auront réalisé au moins une intervention de promotion de saines habitudes de vie, en collaboration avec les CSSS, dans le cadre de l'approche-École en santé ou de la Politique-cadre Pour un virage santé à l'école ▪ 11 CSSS auront collaboré à l'implantation de la politique locale pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif Pour un virage santé à l'école ▪ 23 établissements des CSSS auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 ▪ Combinaison/Prévention (CP) ▪ 48 établissements des CSSS auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 67 milieux de travail auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 57 milieux de travail auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 20 milieux de vie des aînés auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 17 milieux de vie des aînés auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 3 milieux d'enseignement aux adultes auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 9 milieux d'enseignement aux adultes auront implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 25 municipalités auront amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ▪ 11 municipalités auront implanté l'approche 0-5-30 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 178 écoles ont implanté l'approche École en santé ✓ 243 écoles ont réalisé au moins une intervention de promotion de saines habitudes de vie, en collaboration avec les CSSS, dans le cadre de l'approche-École en santé ou de la Politique-cadre Pour un virage santé à l'école ✓ 11 CSSS ont collaboré à l'implantation de la politique locale pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif Pour un virage santé à l'école ✓ 9 établissements des CSSS ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 60 établissements des CSSS ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 32 milieux de travail ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 78 milieux de travail ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 5 milieux de vie des aînés ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 24 milieux de vie des aînés ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 2 milieux d'enseignement aux adultes ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 9 milieux d'enseignement aux adultes ont implanté l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 36 municipalités ont amorcé l'implantation de l'approche 0-5-30 Combinaison/Prévention (CP) ✓ 25 municipalités ont implanté l'approche 0-5-30

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS RELEVANT DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		
ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU PQLC	RÉSULTATS ATTENDUS	RÉSULTATS PAR AU 31 MARS 2012 RÉSULTATS PNSP ET KINO AU 31 MARS 2013
	Combinaison/Prévention (CP) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 97 groupes de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i> auront été formés sur les territoires de CSSS ▪ La DSP assurera la coordination du comité régional du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 	Combinaison/Prévention (CP) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 96 groupes de l'intervention <i>En santé après 50 ans</i> ont été formés sur les territoires de CSSS ✓ La DSP assure la coordination du comité régional du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
Mesure 15 Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique d'activité physique (p. ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives. Aménagement urbain favorisant le transport actif)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 % des écoles primaires publiques auront reçu la formation pour le guide <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> ▪ 8 CSSS auront sensibilisé des partenaires associés notamment à l'aménagement urbain et au transport, quant à la mise en place d'approches de développement durable 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 34 % des écoles primaires publiques ont reçu la formation pour le guide <i>Ma cour : un monde de plaisir!</i> ✓ 19 CSSS ont sensibilisé des partenaires associés notamment à l'aménagement urbain et au transport, quant à la mise en place d'approches de développement durable
Mesure 16 Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 960 fumeurs auront reçu des services de cessation dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) ▪ 705 professionnels de la santé des CSSS auront été formés à l'intervention minimale ou brève ▪ 11 CSSS auront réalisé au moins deux activités de promotion de la cessation de fumer sur leur territoire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1102 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) ✓ 480 professionnels de la santé des CSSS ont été formés à l'intervention minimale ou brève ✓ 11 CSSS ont réalisé au moins deux activités de promotion de la cessation de fumer sur leur territoire
Mesure 17 Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 CSSS auront amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) sur leur territoire ▪ 11 CSSS auront implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP) ▪ 26 milieux cliniques de première ligne auront implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 7 CSSS ont amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) sur leur territoire ✓ 11 CSSS ont implanté au moins une pratique clinique préventive (PCP) ✓ 34 milieux cliniques de première ligne auront implanté au

BILAN DU PLAN D'ACTION 2010-2012 : LES PRIORITÉS RELEVANT DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE		
ORIENTATIONS PRIORITAIRES DU PQLC	RÉSULTATS ATTENDUS	RÉSULTATS PAR AU 31 MARS 2012 RÉSULTATS PNSP ET KINO AU 31 MARS 2013
		moins une pratique clinique préventive (PCP)
<p>Mesure 19 Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés de 8 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La DSP aura collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La DSP a collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires
<p>Mesure 20 Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par les activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La DSP aura collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires ▪ La DSP comptabilisera le nombre de tests de détection du radon domiciliaire au-dessus de la directive de santé Canada ▪ La DSP aura identifié les zones à risque associées au radon domiciliaire en Montérégie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La DSP a collaboré aux activités d'information et de sensibilisation auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires ✓ Objectif provincial, projet de cartographie provincial.
<p>Mesure 21 Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et la commission de la Santé et de la sécurité au travail en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La DSP aura réalisé la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des substances cancérigène en milieu de travail (séances d'information et activité de formation) 	<p>La DSP a réalisé la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des substances cancérigène en milieu de travail (séances d'information et activité de formation)</p>

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 928-6777

Télécopieur : 450 679-6443

Site internet : www.santemonteregie.qc.ca/agence