

**PROGRAMME RÉGIONAL DE  
LUTTE CONTRE LE CANCER  
POUR LANAUDIÈRE 2014-2020**

**ENSEMBLE, EN RÉSEAU, POUR VAINCRE LE CANCER**



Direction régionale des affaires médicales et universitaires

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Septembre 2014



**PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER  
POUR LANAUDIÈRE 2014-2020**

*Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*

Ce document sera publié par la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de  
l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière,  
une fois que les instances réglementaires au niveau régional l'auront entériné



# **PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

## **LANAUDIÈRE 2014-2020**

**Comité directeur régional de lutte contre le cancer**

**Direction régionale des affaires médicales et universitaires**

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

**Décembre 2012 mise à jour mars 2014**



LE PRÉSENT DOCUMENT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR LA DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES EN COLLABORATION AVEC LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE, ET LE COMITÉ DIRECTEUR RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER, SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Jean-Claude Berlinguet, Directeur des affaires médicales et universitaires

Dr Jean-Pierre Trépanier, Directeur de santé publique

## RÉDACTION

Muriel Koucoï Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Dre Laurence Eloy Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Marie-Claude René Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

## MISE EN PAGES

Sylvie Harvey Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Martine Lauzon Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

## COLLABORATION SPÉCIALE

↪ Dr Jacques Laplante, cogestionnaire médical programme de lutte contre le cancer, CSSSSL

↪ Dr Patrice Lemieux, cogestionnaire médical programme de lutte contre le cancer, CSSSNL

↪ Madame Fannie Dubé, cogestionnaire clinico-administrative programme de lutte contre le cancer, CSSSSL

↪ Madame Lise Brûlé, cogestionnaire clinico-administrative programme de lutte contre le cancer, CSSSNL

↪ Madame Pascal Perreault, coordonnatrice des services diagnostiques, pharmaceutiques, et soutien clinique, CSSSNL

↪ Les membres du comité régional de coordination et du comité directeur (tactique) du réseau de cancérologie Lanaudière

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en respecter l'intégralité et d'en mentionner la source.

KOUCOÏ, Muriel, Laurence ELOY et Marie-Claude RENÉ. *Programme régional de lutte contre le cancer - Lanaudière - 2012-2017*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014, 300 pages.

## Dépôt légal :

4<sup>e</sup> trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-89669-252-1 (version imprimée)

978-2-89669-253-8 (version PDF)

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au : [www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca) dans la section *Documentation/Publications*

©Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014.



# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont collaboré à l'élaboration de ce programme et plus particulièrement les membres des différents comités régionaux qui grâce à leurs efforts et leur persévérance ont permis à ce projet de se concrétiser. Il s'agit des membres du comité stratégique et du comité de coordination de lutte contre le cancer de Lanaudière ainsi que de ceux du sous-comité soins palliatifs, santé publique et scientifique. La liste des membres de ces différents comités, en 2011-2012, 2012-2013 et 2014-2015, se trouve à l'annexe 1.

Nos remerciements s'adressent également à Sylvie Harvey et Martine Lauzon, agentes administratives à la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de l'Agence, qui ont effectué les travaux de mise en pages tout au long de l'élaboration de ce document.



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES GRAPHIQUES .....	15
LISTE DES ILLUSTRATIONS .....	17
LISTE DES ANNEXES .....	19
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	21
INTRODUCTION .....	23
<b>1. LA MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>25</b>
1.1. Le programme québécois de lutte contre le cancer .....	25
1.2. L'élaboration du programme régional de lutte contre le cancer Lanaudière.....	27
1.3. Le programme régional de lutte contre le cancer Lanaudière (PRLCCL) .....	28
<b>2. LE PORTRAIT DE LA RÉGION .....</b>	<b>31</b>
2.1 Portrait sociosanitaire .....	31
2.2 Portrait organisationnel .....	43
2.2.1 Le réseau lanaudois de lutte contre le cancer .....	43
2.2.2 Les ressources humaines dédiées à l'animation du réseau régional .....	45
2.2.3 Les installations physiques et les ressources informationnelles de support .....	53
2.2.4 L'état d'avancement des programmes, projets cliniques et plans d'action de lutte contre le cancer et soins palliatifs .....	55
<b>3. LA DESCRIPTION DE LA GOUVERNE .....</b>	<b>59</b>
3.1 La structure.....	59
3.2 Le mandat, la composition, les responsables et le fonctionnement des comités et sous-comités .....	62
3.2.1 Le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière (CSLCCL).....	62
3.3.1 Le comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL) .....	62
3.4.1 Le comité scientifique et de concertation .....	63

3. 5 .1	Le sous-comité santé publique .....	64
3. 6 .1	Le sous-comité soins palliatifs .....	65
<b>4.</b>	<b>LE BILAN DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PLAN D'ACTION 2004 .....</b>	<b>67</b>
4. 1	Axe d'intervention 1 : Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée .....	67
4. 2	Axe d'intervention 2 : Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir .....	83
4. 3	Axe d'intervention 3 : Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services .....	96
4. 4	Axe d'intervention 4 : Soutenir l'évolution des pratiques .....	135
4. 5	Axe d'intervention 5 : Évaluer l'atteinte des résultats.....	148
<b>5.</b>	<b>LES VISÉES DU PROGRAMME RÉGIONAL 2011-2016.....</b>	<b>155</b>
5. 1	Les principes mis de l'avant.....	155
5. 2	Les objectifs et les mesures stratégiques retenus .....	155
5. 3	Le plan d'action Lanaudois de lutte contre le cancer 2012-2014.....	156
5. 4	Le plan d'action Lanaudois de lutte contre le cancer 2014-2020.....	192
5. 5	Les conditions favorables à la réalisation du plan d'action .....	192
<b>ANNEXES</b> .....		<b>193</b>
<b>LEXIQUE</b> .....		<b>287</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....		<b>295</b>

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Données sociodémographiques, RLS et région Lanaudière, 2011.....	32
Tableau 2	Données sociodémographiques, RLS et région Lanaudière, 2014.....	32
Tableau 3	Facteurs de risque associés au cancer, Lanaudière et Québec, 2007-2008 et 2009-2010 .....	37
Tableau 4	Nouveaux cas et taux standardisés d'incidence associés au cancer, pour l'ensemble des sièges (excluant certaines tumeurs de la peau CIM-O-3) et les quatre sites principaux, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes) .....	39
Tableau 5	Nombre de décès et taux standardisés de mortalité associés au cancer, pour l'ensemble des sièges (C00-C97) et les quatre sites principaux, selon le sexe, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes) .....	40
Tableau 6	Nouveaux cas de cancers dans la région, de 2003 à 2008, par foyer, pour les 17 plus fréquents .....	41
Tableau 7	Hospitalisations, taux bruts et taux standardisés comparés avec le reste du Québec selon le sexe, CLSC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 (N et taux pour 10 000 personnes) .....	42
Tableau 8	Liste des CLSC selon le CSSS.....	44
Tableau 9	Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes Lanaudière 2011-2015 .....	46
Tableau 10	Exercice de la profession, infirmières inscrites au tableau en 2011-2012 au Québec .....	48
Tableau 11	Exercice de la profession, infirmières inscrites au tableau en 2011-2012 dans la région de Lanaudière .....	48
Tableau 12	Ratio d'infirmières exerçant la profession au Québec en 2011-2012 pour 1 000 habitants, par région d'emploi.....	49
Tableau 13	Nombre réel et nombre requis d'IPO pour le Québec et les régions, 2010-2011 .....	51
Tableau 14	Nombre réel et nombre requis d'IPO par CSSS, Lanaudière 2010-2011 .....	52
Tableau 15	Les installations physiques - Décembre 2012 .....	53
Tableau 16	Les ressources informationnelles de support, CSSS de Lanaudière - Décembre 2012 .....	54
Tableau 17	Orientations et objectifs du Plan d'action régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010.....	56
Tableau 18	Cibles prioritaires du projet clinique « Continuum d'interventions du programme clientèle – Lutte contre le cancer et soins palliatifs » du CSSSNL - mai 2006 .....	57
Tableau 19	Nombre de rencontres des comités et sous-comités de lutte contre le cancer 2010-2011 et 2011-2012 .....	69
Tableau 20	Composition de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSSNL - Septembre 2012.....	73
Tableau 21	Composition de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSSSL - Septembre 2012 .....	74
Tableau 22	Corridors de services informels mis en place au CSSSSL .....	80
Tableau 23	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 26 septembre 2012.....	99
Tableau 24	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012.....	100
Tableau 25	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 26 septembre 2012.....	101
Tableau 26	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012.....	101
Tableau 27	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 24 septembre 2012.....	102
Tableau 28	Liste d'attente en endoscopie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date du rapport : 10 septembre 2012 .....	103

Tableau 29	Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012.....	104
Tableau 30	Chimiothérapie, CSSS de Lanaudière .....	106
Tableau 31	Nombre de visites à la clinique d'oncologie (cumulatif P13), CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012 .....	107
Tableau 32	Nombre de traitements de chimiothérapie administrés (incluant les autres activités thérapeutiques et les urgences oncologiques) (cumulatif P13), CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012 .....	108
Tableau 33	Nombre de passeports en oncologie remis, CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.....	108
Tableau 34	Pourcentage et nombre de patients lanaudois (RLS) traités en radio-oncologie selon l'établissement offrant les services, 2009-2010.....	109
Tableau 35	Type de services de soutien offerts par les CH aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, CSSS du Nord de Lanaudière 2011-2012 - information 2005 .....	110
Tableau 36	Type de services de soutien offerts par les CH aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, CSSS du Sud de Lanaudière, 2011-2012-information 2005.....	111
Tableau 37	Type de services de soutien offerts par les CLSC du CSSS du nord de Lanaudière aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, 2010-2011 .....	113
Tableau 38	Type de services de soutien offerts par les CLSC du CSSS du Sud de Lanaudière aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, 2010-2011 .....	114
Tableau 39	Nombre d'usagers en soins palliatifs et nombre moyen d'interventions par usagers en soins palliatifs ainsi que les cibles, par CSSS, dans Lanaudière et au Québec en 2011-2012. ....	122
Tableau 40	Sommaire des interventions par région en soins palliatifs à domicile en 2011-2012.....	123
Tableau 41	Nombre de lits dédiés à des soins palliatifs disponibles selon le type d'établissement, par CSSS, Lanaudière, 2011-2012 et 2012-2013.....	128
Tableau 42	Ajouts et retraits de lits pour le Québec et ses régions .....	129
Tableau 43	Nombre de lits dédiés à des soins palliatifs requis selon le type d'établissement, par CSSS, Lanaudière, 2011 et 2015 .....	130
Tableau 44	Nombre de lits, nombre de jours/présences et nombre de patients admis en soins palliatifs (en soins palliatifs ou hors soins palliatifs) selon le type d'établissement, par CSSS, Lanaudière, 2011-2012.....	130
Tableau 45	Formations liées à l'oncologie offertes au personnel du CSSS du nord de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013.....	139
Tableau 46	Formations liées à l'oncologie offertes au personnel du CSSS du sud de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013.....	142
Tableau 47	Liste des formations offertes au personnel des CSSS de la région de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013.....	144
Tableau 48	<i>Plan stratégique 2010-2015</i> de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière .....	150
Tableau 49	Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le MSSS.....	151
Tableau 50	Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Nord de Lanaudière .....	152
Tableau 51	Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Sud de Lanaudière .....	152
Tableau 52	Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes CSSSNL 2011-2015 .....	207
Tableau 53	Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes CSSSSL 2011-2015 .....	208
Tableau 54	Composition des équipes interdisciplinaires .....	290

# LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I	Croissance démographique, RLS et région Lanaudière, 2006 à 2016 .....	33
Graphique II	Pyramide d'âge selon le sexe, RLS de Lanaudière–Sud, 2011 .....	34
Graphique III	Pyramide d'âge selon le sexe, RLS de Lanaudière–Nord, 2011 .....	35
Graphique IV	Tendance du taux de tabagisme, population de 15 ans et plus, Lanaudière et le Québec, 1987 à 2009-2010 (%) .....	36



# LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1	Territoire de MRC de la région de Lanaudière.....	31
----------------	---	----



# LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Liste des membres des comités régionaux de la gouverne de lutte contre le cancer Lanaudière de 2011 à 2013.....	194
ANNEXE 2	Liste des membres du CRLCL 2002-2004.....	201
ANNEXE 3	Résolution du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière .....	203
ANNEXE 4	Listes des CHSLD.....	205
ANNEXE 5	Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes 2011-2015 par CSSS .....	207
ANNEXE 6	Groupe-conseil de lutte contre le cancer - Évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement .....	209
ANNEXE 7	Organismes communautaires de la région de Lanaudière qui offre du soutien aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches .....	211
ANNEXE 8	Plan d'action régional lutte contre le cancer 2015-2020 .....	212



# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACRONYME	DÉFINITION
ACIO	Association canadienne des infirmières en oncologie
AEC	Attestation d'études collégiales
APNED	Association des professionnelles des nutritionnistes experts en dysphagie
AQIO	Association québécoise des infirmières en oncologie
ASSSSL	Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
CCLCCL	Comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière
CEILCC	Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer
CCLCCL	Comité de coordination de lutte contre le cancer
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHRD	Centre hospitalier régional de Lanaudière
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Clinique-réseau
CRID	Centre de référence pour investigation désignée
CRLCL	Comité régional de lutte contre le cancer Lanaudière
CRC	Centre régional de cancérologie
CSLCCCL	Comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSNL	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSSSL	Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
CTC	Comité des thérapies du cancer
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DLCC	Direction de la lutte contre le cancer
DRAMU	Direction régionale des affaires médicales et universitaires
DQC	Direction québécoise de cancérologie
DRIR	Direction des ressources informationnelles régionalisées
DSP	Direction de santé publique
DSPÉ	Direction de santé publique et d'évaluation
DSS	Direction des services sociaux

ACRONYME	DÉFINITION
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
HGJ	Hôpital général juif
HCSL	Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HPLG	Hôpital Pierre-Le Gardeur
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMPAC	Organisation multiressources pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches
ORL	Otorhinolaryngologie
PEM	Plan d'effectif médical
PREM	Plan régional d'effectif médical
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PARLC	Plan d'action régional de lutte contre le cancer
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRLC	Programme régional de lutte contre le cancer
PRLCCL	Programme régional de lutte contre le cancer Lanaudière
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RLC	Registre local du cancer
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RQC	Registre québécois du cancer
RSPQ	Réseau des soins palliatifs du Québec
SRJ	Services Radiologique de Joliette
UMF	Unité de médecine familiale



# INTRODUCTION

Afin de mieux prévenir et guérir le cancer, en 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait son *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) à l'intérieur duquel il proposait l'implantation d'un réseau intégré de lutte contre le cancer. Le programme visait à rapprocher les services les plus près possible de la population tout en concentrant l'expertise par le biais d'un fonctionnement en réseau. Selon les membres du comité consultatif sur le cancer mandatés pour élaborer ce programme, la plus grande partie de la lutte contre le cancer devait être organisée et menée dans les régions. Ils recommandaient, entre autres, que chaque agence de la santé et des services sociaux mette sur pied un comité régional de lutte contre le cancer regroupant les intervenants, tant du secteur de la santé publique que des différents milieux de prestation de services cliniques de la région, pour planifier l'organisation et l'implantation des services et des activités de lutte contre le cancer. Plus précisément, ce comité avait pour mandat de :

- Concevoir le programme régional de lutte contre le cancer (PRLC) à partir des orientations du programme québécois;
- Veiller à l'intégration des réponses aux besoins de la population et des individus;
- Reconnaître l'expertise selon les critères établis;
- Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes;
- Évaluer les besoins de formation;
- Proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des ressources bénévoles;
- Proposer des mesures de résultats;
- Recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population de sa région.

La mise sur pied de ce comité représentant une condition essentielle au succès de la démarche.

À l'époque, pour réaliser ce mandat, l'Agence s'est associée aux principaux acteurs de la région concernés par la lutte contre le cancer. C'est ainsi que, le 20 décembre 2002, les membres du comité régional de lutte contre le cancer de la région de Lanaudière (CRLCL) tenaient leur première rencontre dans les locaux de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG). Le CRLCL, mis sur pied, devait appuyer la démarche de l'Agence et revêtait un rôle consultatif quant à l'élaboration et la régionalisation du programme et de son implantation. La liste des membres du CRLCL de l'époque se trouve à l'annexe 2.

Afin de mener à bien leur entreprise, les membres du comité organisèrent une consultation auprès d'experts et d'intervenants des différents milieux. Après une analyse critique de l'état de situation, les membres du comité réaffirmèrent la nécessité de mettre en œuvre le PQLC dans la région.

Après plusieurs mois de travail, soit en mars 2004, les membres du CRLCL rendaient public leur *Plan d'action - Implantation du programme régional de lutte contre le cancer – Région Lanaudière*. Ils proposaient ainsi un programme inspiré du PQLC, adapté à la région et modelé en plan d'action. Ce plan d'action, qui englobait à la fois les préoccupations populationnelles et individuelles, proposait l'implantation de services intégrés. Ils identifiaient des moyens organisationnels pouvant assurer l'intégration de l'ensemble des services et expertises permettant de structurer davantage la lutte contre le cancer dans Lanaudière. Des objectifs y étaient précisés, tant sur le plan de la santé et du bien-être que sur la prestation et l'organisation des services. Afin de mieux répondre aux besoins exprimés par les personnes atteintes d'un cancer, une attention particulière était accordée à la continuité des services et au soutien dès l'annonce du diagnostic et tout au long des différentes étapes de la maladie. Pour le comité, ces aspects apparaissent essentiels pour lutter efficacement contre le cancer, une maladie qui bouleverse toutes les perspectives de la vie d'une personne et de ses proches.

À partir de ce moment, les intervenants de la région engagés dans la lutte contre le cancer ont joint leur effort afin de mettre en œuvre le plan d'action élaboré et ainsi offrir des soins et des services répondant aux besoins de la population Lanaudière. Cependant, concentré sur l'action, le volet évaluation et rétroaction a petit à petit été mis de côté. Les membres du CRLCL ont donc cessé de se réunir et aucun bilan ni mise à jour de ce plan d'action n'a été effectué.

Cependant, en 2007, la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) du MSSS, qui porte aujourd'hui le nom de Direction québécoise de cancérologie (DQC), a publié les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. S'appuyant toujours sur le PQLC, la DLCC a jugé opportun de circonscrire davantage les priorités d'action et d'assurer une cohérence et un soutien aux efforts déjà entrepris dans le réseau tout en tenant compte de l'évolution de celui-ci. La DLCC mettait ainsi de l'avant les mesures les plus susceptibles de porter des fruits, au cours des cinq années à venir. Afin de s'assurer d'une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et de services, l'une des mesures stratégiques retenues consistait à poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer. Chaque agence avait donc comme tâche de mettre à jour son plan d'action et son programme de lutte contre le cancer.

Rappelons dans la poursuite de l'amélioration des soins et services entrepris avec le PQLC, la DQC préconise la formalisation de Réseau de cancérologie au Québec (RCQ). Réseau qui prévoit la création d'une organisation de soins et de services intégrés et hiérarchisés performante afin de combler les besoins de la population.

Ainsi, en 2010, soucieuse d'améliorer les soins et les services offerts aux personnes qui risquent de développer un cancer, aux personnes atteintes et à leurs proches, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a donc entrepris une démarche visant à élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer un PRLC (voir Annexe 3 : résolution du conseil d'administration de l'Agence). Dans ce contexte, le 29 novembre 2010, l'Agence organisait une première rencontre réunissant des représentants des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, soit celui du nord et celui du sud pour discuter de la démarche à entreprendre et de la gouverner dans ce dossier.

Suite à cette rencontre, un comité stratégique et un comité de coordination de lutte contre le cancer furent mis sur pied de même qu'un sous-comité soins palliatifs, santé publique et scientifique. Le document que vous avez en main est le fruit de plus de 24 mois de travail des membres de ces divers comités.

Le programme régional de lutte contre le cancer du réseau de cancérologie Lanaudière couvre l'ensemble des éléments allant de la prévention, le diagnostic, l'investigation, le traitement et le soutien aux soins palliatifs. Le programme se veut transversal et requiert l'implication de différents programmes et services afin d'assurer un continuum de soins de qualité pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

Le programme intègre les projets cliniques et les programmes de lutte contre le cancer des CSSS de la région.

Au chapitre 1, les grandes lignes du PQLC ainsi que la démarche ayant mené à l'élaboration de ce programme régional de lutte contre le cancer seront présentées. Au chapitre 2, le portrait de la région, portrait sociosanitaire et portrait organisationnel, sera tracé. Au chapitre 3, la gouvernance mise en place et le réseau de cancérologie Lanaudière seront décrits. Au chapitre 4, le bilan de l'atteinte des cibles du *Plan d'action - Implantation du programme régional de lutte contre le cancer – Région Lanaudière* sera exposé. Finalement, au chapitre 5, les visées du programme régional 2014-2020 seront présentées (principes mis de l'avant - objectifs généraux et mesures stratégiques retenus) ainsi que les plans d'action 2012-2014, 2014-2020 et les conditions favorables à sa réalisation.

# 1. LA MISE EN CONTEXTE

Préoccupé par l'importance grandissante des problèmes reliés au cancer (le cancer étant devenu la principale cause de mortalité prématurée malgré l'avancement technologique et l'amélioration des capacités d'interventions), les difficultés vécues par les personnes atteintes et leur proche ainsi que celles des intervenants et les administrateurs (difficultés ayant des répercussions sur la qualité des soins et des services), le MSSS a confié au Comité consultatif sur le cancer le mandat d'élaborer pour le Québec un programme de lutte contre le cancer<sup>1</sup>.

## 1.1. Le programme québécois de lutte contre le cancer

Trois orientations ont guidé les travaux de ce comité, soit :

- Une approche globale;
- Des soins et des services centrés sur la personne;
- La qualité.

L'approche globale représente « une manière d'envisager les interventions et les choix de stratégies de lutte contre le cancer mettant à contribution l'ensemble des outils disponibles de façon coordonnée et complémentaire, pour intervenir auprès des individus et de la population<sup>2</sup> ».

Selon les membres du comité, des soins et des services centrés sur la personne devraient toujours guider les interventions et l'organisation des services. La Loi sur les services de santé et les services sociaux va également dans le même sens. Les principes ayant influencé les travaux du comité sont : le respect de la personne et de son autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance et finalement l'équité.

Afin de donner un caractère concret à la qualité des services, les membres du comité proposent de retenir trois aspects précis soit : la pertinence, l'efficacité et l'efficience.

Pour mettre à contribution tous les intervenants intéressés et actifs dans la lutte contre le cancer et ainsi canaliser les énergies, les ressources et l'expertise disponibles, les membres du comité proposent de retenir comme stratégie d'action l'intégration, intégration qui doit être possible à toutes les étapes essentielles pour mener à bien le programme, soit :

- La planification;
- L'organisation des activités, des soins et des services;
- La systématisation du suivi clinique et de la circulation de l'information;
- Le maintien et l'évolution de la qualité du programme de lutte contre le cancer.

<sup>1</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 1997, 185 pages.

<sup>2</sup> Ibid., p. 39.

Au niveau de la planification, le PQLC souhaite rapprocher les services le plus près possibles des gens tout en concentrant l'expertise grâce à un fonctionnement en réseau. Selon les membres du comité consultatif sur le cancer mandatés pour élaborer ce programme, la plus grande partie de la lutte contre le cancer doit être organisée et menée dans les régions. Voilà pourquoi ils recommandent que chaque agence de la santé et des services sociaux mette sur pied un comité régional de lutte contre le cancer regroupant les intervenants, tant du secteur de la santé publique que des différents milieux de prestation de services cliniques de la région, qui auront comme mandat d'élaborer un programme régional de lutte contre le cancer.

Au niveau de l'organisation des activités et des soins et des services, les membres du comité recommandent l'implantation équipes interdisciplinaires. Ces équipes seront dédiées soit aux interventions auprès de la population (activités de promotion-prévention et de dépistage systématique) ou à la prestation de services auprès des personnes atteintes et de leurs proches (équipes interdisciplinaires d'oncologie). Les équipes interdisciplinaires d'oncologie seront locales, régionales et suprarégionales et assureront des mandats complémentaires.

Au niveau de la systématisation du suivi clinique et la circulation de l'information, le PQLC recommande :

- La mise en place d'intervenants pivots dans chaque équipe interdisciplinaire;
- La mise en place de corridors de services interrégionaux formels;
- La création du dossier oncologique standardisé et informatisé;
- La révision des modes de rémunération des médecins en cohérence avec un réseau de services intégrés.

Au niveau du maintien et de l'évolution de la qualité du programme, le PQLC propose trois outils essentiels en matière de maintien et d'évolution de la qualité, soit :

- La formation;
- Le maintien des compétences;
- La recherche.

Le PQLC aborde l'ensemble des éléments du continuum des soins et des services en matière de lutte contre le cancer, de la promotion – prévention jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la détection précoce du cancer, l'investigation, le traitement et l'adaptation-réadaptation en incluant des éléments propres au suivi et à l'évaluation.

## 1.2. L'élaboration du programme régional de lutte contre le cancer Lanaudière

En novembre 2010, la région de Lanaudière s'est dotée d'une démarche pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un programme régional de lutte contre le cancer (PRLC). Cette démarche, qui comportent 5 étapes a été finalisé en 2013-2014.

Étapes	Actions
Mobilisation du milieu et concertation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les principaux acteurs de la lutte contre le cancer dans la région de Lanaudière.</li> <li>• Solliciter la participation des directeurs généraux et des directeurs des soins professionnels des établissements concernés à une rencontre afin de discuter de la démarche à retenir pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un PRLC et de la gouverne dans ce dossier pour la région de Lanaudière.</li> <li>• Réaliser une première rencontre du Comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL).</li> <li>• Effectuer des représentations à différentes tables et comités, afin d'informer les participants de la démarche retenue pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un PRLC et de la gouverne dans ce dossier (ex. : Table centrale de concertation, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, Département régional de médecine générale, Commission infirmière régionale, Commission régionale sur les services pharmaceutiques, Commission multidisciplinaire régionale).</li> </ul>
Description du contexte régional, de la gouverne et de la problématique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dresser un portrait (socio-sanitaire et organisationnel) sommaire de la région.</li> <li>• Effectuer le bilan du <i>Plan d'action – Implantation du programme régional de lutte contre le cancer Région Lanaudière 2004</i>.</li> <li>• Décrire la problématique (disponibilité, accessibilité, continuité, qualité et sécurité de chacun des éléments du continuum).</li> </ul>
Formulation d'une solution et opérationnalisation de celle-ci	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À la lumière des renseignements recueillis et des orientations stratégiques 2007-2012 du MSSS, formuler des objectifs propres à chacun des éléments du continuum de la lutte contre le cancer.</li> <li>• Pour chaque objectif, définir les actions à réaliser, les responsables et les partenaires, les ressources nécessaires (humaines, matérielles, informationnelles et financières), l'échéancier et les indicateurs de résultats.</li> </ul>
Mise en œuvre du plan d'action	<p>Soutenir, de façon continue, la mobilisation et la concertation et assumer des fonctions de coordination et de soutien aux actions en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisant les rencontres des comités régionaux de lutte contre le cancer.</li> <li>• Mettant en place des sous-comités de travail, selon les besoins et l'évolution du dossier.</li> </ul>
Rétroaction (poser un regard critique sur les actions)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer des bilans annuels et un bilan final.</li> </ul>

### 1.3. Le programme régional de lutte contre le cancer Lanaudière (PRLCCL)

La mission du PRLCCL est d'assurer aux personnes atteintes d'un cancer et à leur proche une prise en charge optimale dès l'annonce du diagnostic, dans une perspective de continuum de soins interdisciplinaire. Les principes directeurs qui soutiennent le PRLCCL sont les suivantes :

- Une accessibilité optimale aux services;
- Des délais d'accès raisonnables;
- Un continuum dans les services offerts aux patients.

#### LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Les objectifs du PRLCCL sont les mêmes que celui du programme québécois de lutte contre le cancer, mais avec les spécificités régionales suivantes :

- Diminuer la mortalité par cancer;
- Promouvoir, avec les réseaux locaux, des activités de préventions visant à réduire les risques de cancer;
- Améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à tous les niveaux du programme;
- Améliorer la fluidité dans la trajectoire **patient** de la personne atteinte et de ses proches tout au long du continuum de soins et services;
- Intégrer les services et les activités afin de répondre aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches;
- Soutenir la formation, l'enseignement et la recherche.

#### LES BALISES DU PROGRAMME

L'atteinte et le respect de ces principes directeurs sont englobés par les balises régionales du PRLCCL. Ces balises sont basées sur les ensembles de services offerts dans chacun des RLS, à savoir :

##### A. Les services de diagnostiques

- ↳ Les services de laboratoire et d'imagerie de base sont offerts dans les deux établissements de la région. Pour assurer l'accessibilité et la prise en charge dans un délai raisonnable aux autres examens de radio-oncologie (CT-Scan, résonance magnétique, etc.) des ententes de services hors région ont été mise en place avec la région de Trois-Rivières, de Laval et de Montréal.
- ↳ Le PQDCS est bien déployé dans la région.
- ↳ Pour ce qui est du diagnostic du cancer colorectal, le nouveau test RSOSi est disponible dans tous les centres de prélèvement de la région.

## B. Les services de traitement

- ↪ Pour ce qui est des chirurgies, les 4 sièges tumoraux les plus fréquents sont traités dans les deux établissements de la région. À l'exception des cas complexes qui sont transférés dans les hôpitaux de la région de Montréal, le CHUM et HMR, par des ententes informelles établies entre professionnels.
- ↪ Pour ce qui est de la chimiothérapie, ce traitement est aussi offert par les équipes des cliniques externes des deux hôpitaux de la région.
  - ↪ Pour ce qui est de la radio-oncologie, ce service n'est pas offert dans la région. Aussi afin d'assurer une accessibilité à la population, des ententes formelles existent avec les partenaires du centre hospitalier régional de Trois-Rivières, de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, le centre hospitalier universitaire de Montréal, et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La répartition par RLS se fait de la manière suivante : 80 % des personnes du RLS de Lanaudière-Nord sont dirigés vers Trois-Rivières, 20 % vers un des partenaires de Montréal. 15 % des personnes du RLS de Lanaudière-Sud, qui est limitrophe avec Laval, et qui sont déjà connues par les médecins de Laval, sont envoyées à Laval et 85 % sont tous dirigés vers Montréal.

## C. Les soins palliatifs

La prise en charge des patients par les services de soins palliatifs n'est pas homogène dans la région. Afin d'assurer une harmonisation de l'accessibilité, un projet régional a été financé par l'Agence. En attendant le portrait est le suivant :

- ↪ Au RLS de Lanaudière-Nord : l'accessibilité se fait par l'unité de soins palliatifs au sein du CHRDL. L'unité offre 9 lits dédiés aux soins palliatifs pour la population. Toutefois, les personnes qui sont près du RLS de Lanaudière-Sud ont accès à la maison de soins palliatifs Adhémar-Dion.
- ↪ Au RLS de Lanaudière-Sud : l'accessibilité aux 8 lits en CHSLD, 8 lits à l'HPLG et 12 lits en MSP Adhémar-Dion se fait par le guichet d'accès unique.

## D. La prévention et la promotion

- ↪ Des activités de prévention et de promotion sont organisées dans chacun des établissements dans les secteurs suivant : le tabagisme, l'alimentation et l'obésité, l'environnement, le dépistage du cancer du sein et du cancer du col (ponctuel).

## E. Les soins pharmacologiques

- ↪ Dans chacun des établissements de la région, 1 pharmacien est impliqué au sein de l'équipe interdisciplinaire en oncologie. Ces pharmaciens sont responsables des soins pharmacologiques en oncologie. Cependant, les ressources disponibles en région ne permettent pas d'assurer une présence ETC.

## F. La présence d'une équipe interdisciplinaire

- ↪ Une équipe interdisciplinaire en oncologie est présente dans chacun des établissements basés sur les recommandations de la DQC. Toutefois, le manque de ressources (humaine, financière) ne permet pas d'assurer une couverture optimale adaptée au besoin des personnes atteintes d'un cancer.

#### G. Les services d'infirmiers pivots en oncologie

- ↪ Avec les moyens et en fonction des ressources, les établissements assurent l'accessibilité aux services d'un (e) infirmier (e) pivot en oncologie.
- ↪ Au RLS de Lanaudière-Nord, la rencontre individuelle est systématique, dès que le diagnostic d'un cancer est posé.
- ↪ Au RLS de Lanaudière-Sud, la rencontre se fait sous la forme de session de groupe, appeler classe d'enseignement en oncologie.

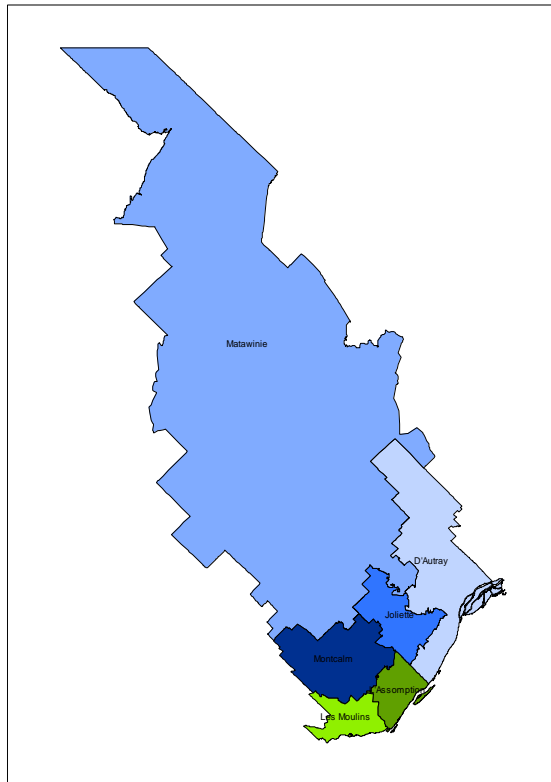
#### H. Le soutien pour les patients atteints et leur proche

- ↪ Afin de favoriser l'accès à la radio-oncologie hors région, l'Agence en collaboration avec les travailleuses sociales de chacun des établissements prend en charge l'hébergement des patients ayant un faible seuil de revenu et de leur proche.
- ↪ Les services d'infirmiers pivots en oncologie soutiennent les patients et les proches en répondant à leurs interrogations, et en les informant des ressources de soutien présentes dans la région.
- ↪ Il existe des services de soutien psychologique au besoin dans les établissements. Toutefois, ces services ne sont pas systématiques par manque de ressource.

## 2. LE PORTRAIT DE LA RÉGION

### 2.1 Portrait sociosanitaire

Illustration 1  
Territoire de MRC de la région de Lanaudière



#### CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES

La région de Lanaudière s'étend sur un territoire de 12 313 km<sup>2</sup>. Au 1<sup>er</sup> juillet 2011, la population de Lanaudière compte 469 916 personnes<sup>3</sup> et de 495 907 au 1<sup>er</sup> juillet 2014. Elle représente 6 % de la population québécoise et occupe le cinquième rang des régions administratives les plus peuplées du Québec. La région offre une diversité de localités urbaines et rurales qui se regroupent sur le plan administratif en six municipalités régionales de comté (MRC) formant à leur tour deux territoires de réseaux locaux de services (RLS)<sup>4</sup>.

Ces deux territoires de RLS présentent un tableau sociodémographique bien différent. Le RLS de Lanaudière-Nord, où l'on retrouve 43 % de la population, occupe plus de 95 % du territoire, avec une densité de population, en 2011, de 17,0 habitants/km<sup>2</sup>. Plus de 50 % de sa population vit en milieu rural. La proportion de personnes ayant 50 ans et plus y est plus élevée qu'au Québec. En 2015, on estime qu'il y aura 95 617 personnes de 50 ans et plus dans le nord de Lanaudière, ce qui représentera 44,3 % de la population de ce territoire, comparativement à 39,9 % pour le Québec.

Le RLS de Lanaudière-Sud est quant à lui plus peuplé et de façon plus dense, avec 512 habitants/km<sup>2</sup> en 2011. Seulement 6,1 % de sa population vivait en milieu rural en 2006, et celle-ci est proportionnellement plus jeune que la population québécoise. Pour 2015, on projette que 34,8 % de sa population aura 50 ans ou plus, ce qui représentera alors 101 109 personnes.

Les tableaux sociodémographiques des 2 RLS conservent la similitude au niveau des différences avec les données de 2014.

Les tableaux 1 et 2 apportent quelques précisions pour chacun des réseaux locaux de services (RLS) de la région de Lanaudière.

<sup>3</sup> STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2012. (Tiré du SYLIA en juin 2012).

<sup>4</sup> SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION. Le portrait sociosanitaire de la population Lanaudoise, Document d'appui à l'audition de l'Agence devant la Commission parlementaire des affaires sociales, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, document de travail, 30 août 2010, 10 p.

**Tableau 1**  
**Données sociodémographiques, RLS et région Lanaudière, 2011**

<b>Lanaudière</b>	
<b>Population estimée (2011<sub>p</sub>) : 469 916 habitants</b> <b>Superficie en terre ferme (2011) : 12 313 km<sup>2</sup></b>	
<b>RLS de Lanaudière-Nord</b>	<b>RLS de Lanaudière-Sud</b>
203 247 personnes	266 669 personnes
43 % de la population lanaudoise	57 % de la population lanaudoise
96 % du territoire	4 % du territoire
17 personnes au km <sup>2</sup>	512 personnes au km <sup>2</sup>

p : Données provisoires

Sources : STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2012. (Tiré du SYLIA en juin 2012)

**Tableau 2**  
**Données sociodémographiques, RLS et région Lanaudière, 2014**

<b>Lanaudière</b>	
<b>Population estimée (2014<sub>p</sub>) : 495 907 habitants</b> <b>Superficie en terre ferme (2011) : 12 313 km<sup>2</sup></b>	
<b>RLS de Lanaudière-Nord en projection</b>	<b>RLS de Lanaudière-Sud en projection</b>
212 290 personnes	283 618 personnes
43 % de la population lanaudoise	57 % de la population lanaudoise
96 % du territoire	4 % du territoire
17 personnes au km <sup>2</sup>	512 personnes au km <sup>2</sup>

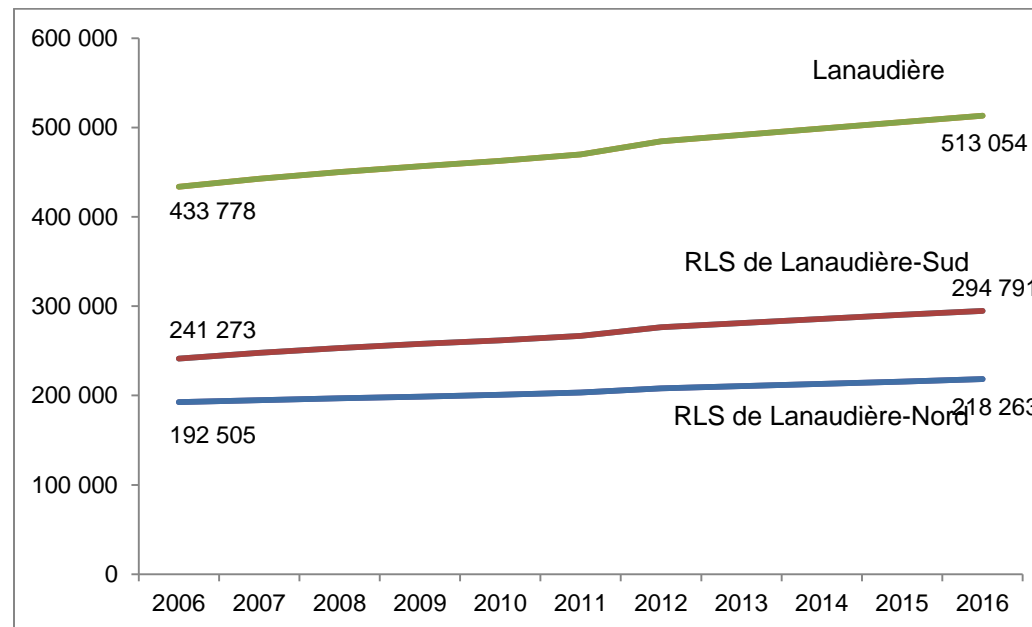
p : Données provisoires.

Sources : STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2012. (Tiré du SYLIA en septembre 2014)

Depuis 2006, la région se positionne comme premier pôle de croissance démographique au Québec. Entre 2006 et 2011, notamment, elle enregistre un pourcentage d'accroissement de 8 % comparativement à 5 % pour l'ensemble du Québec. Selon les plus récentes projections de l'Institut de la statistique du Québec, la population de la région de Lanaudière pourrait se chiffrer à 513 000 individus en 2016, ce qui correspond à une augmentation de 9 % au cours des cinq prochaines années (par rapport à 3 % pour le Québec). La hausse de la fécondité et les gains appréciables dans ses échanges migratoires avec les autres régions du Québec, notamment Montréal et Laval, représentent des facteurs démographiques qui y contribuent.

Le graphique 1 illustre la croissance démographique par territoire de RLS et pour la région de Lanaudière, de 2006 à 2016.

**Graphique I**  
**Croissance démographique, RLS et région Lanaudière, 2006 à 2016**



Note : 2006 à 2011 : estimations de population - 2012 et plus : projections

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031, décembre 2009.

## FACTEURS DE RISQUE

La population de la région vieillit. L'âge médian est passé de 38,1 ans en 2001 à 40,3 ans en 2009, avec une prévision pour 2016 de 41,8 ans. Les graphiques II et III représentent la pyramide d'âge selon le sexe de chacun des RLS de la région en 2011

Graphique II  
Pyramide d'âge selon le sexe, RLS de Lanaudière-Sud, 2011



Sources : STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2012.

Graphique III  
 Pyramide d'âge selon le sexe, RLS de Lanaudière–Nord, 2011

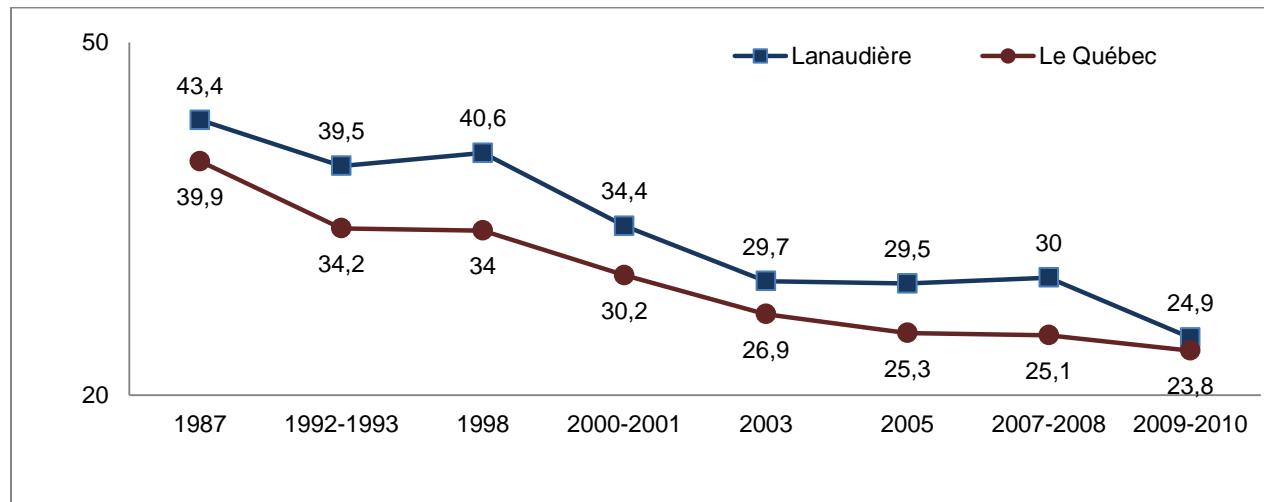


Sources : STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2012.

La proportion de fumeurs chez les adultes et les adolescents est plus élevée dans Lanaudière que dans le reste du Québec. Dans Lanaudière, en 2005, environ un jeune de 12 à 17 ans sur six et trois adultes sur dix fume la cigarette, pour un nombre estimé à environ 102 000 fumeurs. De plus, le tiers de la population lanaudoise est exposée à la fumée de tabac à son domicile<sup>5</sup>. Cela est encore plus marqué chez les femmes. La proportion de personnes de 12 ans et plus exposée à la fumée secondaire est également plus élevée. Fait encourageant, le taux d'abandon du tabagisme frôle en 2005 les 60 % parmi la population lanaudoise et semble être en augmentation depuis le tournant des années 2000<sup>6</sup>. Cette réduction de l'usage du tabac s'est amorcée cependant plus tard que celle de la population québécoise, surtout chez les femmes, ce qui pourrait se traduire par une incidence plus élevée de cancer du poumon chez celles-ci au cours des prochaines années<sup>7</sup>.

Le graphique IV présente l'évolution du taux de tabagisme dans la population de 15 ans et plus dans Lanaudière et au Québec de 1987 à 2009-2010.

**Graphique IV**  
**Tendance du taux de tabagisme, population de 15 ans et plus,**  
**Lanaudière et le Québec, 1987 à 2009-2010 (%)**



Les spécialistes de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) déconseillent la comparaison des pourcentages de fumeurs d'une enquête à l'autre à l'échelle des régions du Québec en raison de changements apportés dans la méthode de collecte de données. Ce graphique n'est présenté que pour illustrer une tendance à long terme dans les taux lanaudois de tabagisme (Tiré du bulletin *On surveille pour vous*, mars 2012, no 10).

Sources : Guillemette et autres, 2001  
 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques de santé.  
 STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes  
 Fichier PUMF, cycles 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 et 5.1, janvier 2012

<sup>5</sup> LEMIRE, Louise, Chantal GOSSELIN (coll.) et Sarah MONETTE (coll.). L'usage de la cigarette et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement en 2005. Un aperçu de la situation dans Lanaudière, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mai 2009, 20 p.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, juillet 2010, 36 p.

Il en va de même pour la prévalence de l'obésité et du surplus de poids chez les 45 ans et plus, ainsi que de la proportion de buveurs quotidiens, qui sont plus élevées dans Lanaudière. Les Lanaudois sont aussi moins nombreux à consommer quotidiennement une quantité suffisante de fruits et de légumes. Par contre, la proportion d'adultes qui pratiquent l'activité physique de façon insuffisante est similaire à celle du Québec, et elle est moins élevée chez les 12-17 ans, par rapport au Québec.

Le tableau 3 présente des données régionales disponibles, reliées aux facteurs de risque connu de plusieurs cancers, présentées de façon comparative avec les données provinciales pour 2007-2008 et 2009-2010.

**Tableau 3**  
**Facteurs de risque associés au cancer, Lanaudière et Québec, 2007-2008 et 2009-2010**

	Lanaudière		Québec	
	2007-2008	2009-2010	2007-2008	2009-2010
<b>Tabagisme</b>				
Fumeurs 18 ans et plus	30,5 %	24,9 %	25,3 %	24,2 %
Fumeurs 12-17 ans (EQSJS 2010-2011)	8,7 %		6,9 %	
Fumeurs 12-17 ans ayant fumé 10 cigarettes/jr (EQSJS 2010-2011)	42,1 %		26,4 %	
Fumée secondaire	24,7 %	13,9 %	19,4 %	16,8 %
<b>Surplus de poids</b>				
Surplus de poids chez 45 ans ou plus	59,6 %	52,8 %	55,0 %	50,5 %
Obésité chez 45 ans ou plus	20,5 %	19,0 %	17,8 %	16,4 %
<b>Alimentation</b>				
Buveurs quotidiens de boissons alcoolisées	11,9 %		11,2 %	
Consommation insuffisante de fruits et légumes chez les 12 ans et plus	50,0 %	51,2 %	47,4 %	48,1 %
<b>Activité physique insuffisante</b>				
Sédentarité - Pratique insuffisante de l'activité physique chez les adultes	26,1 %	23,5 %	25,8 %	24,3 %
Sédentarité - Pratique insuffisante de l'activité physique chez les 12-17 ans	31,3 %	40,6 %	33,6 %	33,3 %

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), 2009.

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB- 2 011 000 au catalogue, 2011.

Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC.

Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, octobre 2012.

Mise à jour de l'indicateur le 1<sup>er</sup>, octobre 2012.

Tiré du document Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, Lanaudière et ses territoires de RLS, Volet 1 Quelques indicateurs sur la santé physique et les habitudes de vie des jeunes du secondaire, disponible au [www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA](http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA) sous l'onglet Nos publications.

Au niveau socioéconomique, la région présente un niveau de scolarité moindre que celui du Québec, un taux de décrochage scolaire plus élevé, un revenu annuel moyen et un revenu personnel disponible par habitant moindre. Il y a cependant moins de personnes qui vivent sous le seuil de faible revenu.

La proportion de prestataires des programmes d'assistance sociale est plus faible que celle du Québec si on considère la région dans son ensemble (5,9 % vs 7,4 % en 2009), mais comme pour les autres déterminants socioéconomiques, il y a une disparité sous-régionale (9,3 % pour le nord et 3,3 % pour le sud en 2009). En effet, en 2006, on retrouve au nord la majorité des quartiles lanadois les plus défavorisés au niveau matériel et au niveau combiné (matériel et social).

En ce qui a trait aux populations avec besoins spécifiques, on note une faible proportion de population immigrante (3 % en 2006 vs 11,3 % pour le Québec). En 2006, on recensait 4 800 autochtones dans la région, dont 70 % dans le RLS de Lanaudière-Nord.

## FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX ET OCCUPATIONNELS

Les données disponibles ne nous permettent pas d'identifier des sources environnementales particulières d'exposition délétère à des substances cancérigènes dans la région. En particulier, aucune entreprise ne semble liée directement à une exposition induite à l'amiante, et il n'y a pas de zone à risque connue pour le radon domiciliaire. Les Lanaudois jouissent en général d'une bonne qualité de l'air, si l'on en croit l'information disponible, qui demeure parcellaire<sup>8</sup>.

Les facteurs occupationnels liés de façon significative au cancer dans la littérature sont l'exercice d'un métier dans le domaine de la construction, et probablement aussi le travail de nuit chez les femmes. Malheureusement, aucune donnée régionale ou nationale n'est disponible à ce sujet.

*En résumé, on retient que les défis dans la lutte contre le cancer dans la région seront surtout reliés à une forte poussée démographique, plus intense dans le sud de la région, à une augmentation de la population de plus de 50 ans et au contrôle des facteurs de risque dont une bonne partie peuvent être liés à la défavorisation, plus marquée au nord. L'accessibilité géographique sera également une préoccupation pour cette dernière population.*

## INCIDENCE ET MORTALITÉ PAR CANCER DANS LA RÉGION

Comme pour le Québec, le nombre de nouveaux cas de cancers augmente dans la région. Chaque année, il y a plus de 2 500 nouveaux diagnostics et le cancer entraîne la mort de plus de 1 000 Lanaudois. En 2007-2008, entre 1 % et 2 % des Lanaudoises et des Lanaudois de 12 ans et plus souffraient d'au moins un cancer. Les prévalences du cancer calculées entre 2000 et 2008 permettent d'estimer entre 3 800 et 8 800 le nombre de Lanaudoises et Lanaudois de 12 ans et plus affectés par au moins un cancer en 2010. À cause de la croissance démographique et du vieillissement de la population lanadoise, la prévalence du cancer pourrait grimper d'au moins 18 % entre 2010 et 2016. Par ailleurs, plus de Lanaudoises et de Lanaudois reçoivent un diagnostic ou meurent du cancer comparativement à l'ensemble de la population du Québec<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> GUILLEMETTE, André et Christine GARAND (coll.). op. cit.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Pour guider l'Action-Portrait de santé du Québec et de ses régions, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 156 pages

En 2010, les femmes Lanaudoises ont le cinquième taux le plus élevé d'incidence du cancer au Québec (si l'on exclut le Nunavik) et les hommes se situent au troisième rang. La région reste dans le haut du palier pour le taux de mortalité, se classant quatrième au Québec pour les sexes réunis, deuxième chez les femmes et sixième chez les hommes en 2010 (toujours en excluant Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik).

Le tableau 4 démontre les taux standardisés d'incidence (2006 et 2008) associés au cancer, pour l'ensemble et les quatre sites principaux, selon le sexe, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)<sup>10</sup>.

**Tableau 4**

**Nouveaux cas et taux standardisés d'incidence associés au cancer, pour l'ensemble des sièges (excluant certaines tumeurs de la peau CIM-O-3) et les quatre sites principaux, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)**

	Sexe	Lanaudière		Le reste Québec	
		2006	2008	2006	2008
<b>Ensemble des cancers</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	1 080	1 205	19 156	20 826
	Homme	1 170	1 361	19 719	21 032
	Total	2 250	2 566	38 875	41 858
Incidence	Femme	512,2	533,3	487,7	508,1
	Homme	628,5	673,9	614,5	619,2
	Total	561,9	595,5	537,5	551,9
<b>Poumon</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	197	228	2 874	3 223
	Homme	257	315	3 850	4 024
	Total	454	543	6 724	7 247
Incidence	Femme	93,1	99,9	73,1	78,2
	Homme	142	159,6	121,7	119,5
	Total	114,2	126,3	92,9	95,1
<b>Colorectal</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	119	132	2 239	2 523
	Homme	158	193	2 667	2 933
	Total	277	325	4 906	5 456
Incidence	Femme	57,6	58,9	55,1	59,2
	Homme	85	95,5	83,7	86,9
	Total	70,6	76,2	67,7	71,5
<b>Sein</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	293	308	5 285	5 586
	Homme	0	2	34	54
Incidence	Femme	136,2	134,6	138,1	140,7
<b>Prostate</b>					
Nombre de nouveaux cas	Homme	222	269	4 072	4 077
Incidence	Homme	117,3	127,8	125,9	118,5

Note : Les taux inscrits en rouge sont statistiquement supérieurs à ceux du reste du Québec avec un niveau de confiance à 95 %.

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

<sup>10</sup> INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

Le tableau 5 démontre les taux standardisés de mortalité (2007-2009) associés au cancer, pour l'ensemble et les quatre sites principaux, selon le sexe, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)<sup>11</sup>. On constate que le taux de mortalité est significativement plus élevé dans la région que dans le reste du Québec pour trois des quatre cancers les plus fréquents, soit le cancer du poumon, de la prostate et le cancer colorectal.

**Tableau 5**

**Nombre de décès et taux standardisés de mortalité associés au cancer, pour l'ensemble des sièges (C00-C97) et les quatre sites principaux, selon le sexe, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)**

	Sexe	2007-2009	
		Lanaudière	Le reste du Québec
<b>Ensemble des cancers</b>			
Nombre de décès	Femme	1 519	25 550
	Homme	1 719	27 964
	Total	3 238	53 514
Mortalité	Femme	226	200,1
	Homme	298,3	282,1
	Total	257,7	234,9
<b>Poumon</b>			
Nombre de décès	Femme	504	6 904
	Homme	680	9 480
	Total	1184	16 384
Mortalité	Femme	73,9	55,3
	Homme	115,4	94,5
	Total	92,1	71,6
<b>Colorectal</b>			
Nombre de décès	Femme	167	3 122
	Homme	205	3 355
	Total	372	6 477
Mortalité	Femme	25,2	23,7
	Homme	36,3	33,8
	Total	30,3	28,2
<b>Sein</b>			
Nombre de décès	Femme	222	3 766
	Homme	2	39
Mortalité	Femme	33	30,1
<b>Prostate</b>			
Nombre de décès	Homme	136	2 074
Mortalité	Homme	26,5	22

Note : Les taux inscrits en rouge sont statistiquement supérieurs à ceux du reste du Québec avec un niveau de confiance à 95 %.  
Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

<sup>11</sup> INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

La répartition des cancers qui atteignent les Lanaudois est similaire à la répartition québécoise. Le cancer du poumon demeure le cancer le plus fréquent si l'on considère l'ensemble de la population, et est de loin le plus mortel. Il y a une incidence et une mortalité par ce cancer accrues dans la région par rapport au Québec, qu'on peut mettre en parallèle avec la prévalence plus élevée du tabagisme, tel qu'illustré plus haut.

Le tableau 6 illustre le nombre de nouveaux cas de cancers dans la région, de 2003 à 2008, par foyer, pour les 17 plus fréquents, ainsi que la variation dans le temps. On peut constater que le cancer du poumon est toujours en tête des nouveaux diagnostics et que le cancer colorectal arrive en deuxième position depuis 2007 dans la région, devant le cancer du sein puis de la prostate.

**Tableau 6**  
**Nouveaux cas de cancers dans la région, de 2003 à 2008, par foyer, pour les 17 plus fréquents**

Nouveaux cas de cancer (CIM-03) Lanaudière, 2003-2008 (N)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Variation 2003-2008 (%)
Trachée, bronches et poumon (C34)	412	431	434	454	453	543	31.8
Sein (C50)	251	285	282	293	304	310	23.5
Côlon-rectum (C18-C20, C26)	235	272	252	277	306	325	38.3
Prostate (C61)	204	239	221	222	270	269	31.9
Vessie et organes urinaires (C66-C68)	88	103	116	117	122	131	48.9
Rein (C64-C65)	59	68	81	70	67	78	32.2
Utérus (C53-54) (col)	65 (19)	56 (7)	70 (23)	71 (21)	68 (13)	80 (26)	38.5 (36.8)
Lymphomes (Hodgkin)	62 (8)	85 (17)	76 (11)	103 (16)	99 (8)	93 (12)	50.0 (50.0)
Leucémie	63	45	64	53	45	50	-20.6
Pancréas (C25)	52	44	54	64	55	67	28.8
Lèvres, bouche et pharynx (C00-C14)	36	29	48	49	43	50	38.9
Encéphale	47	27	36	39	41	37	-21.3
Estomac (C16)	37	40	39	34	40	46	24.3
Ovaire (C56)	31	25	22	36	37	29	-6.5
Mélanome de la peau	34	41	31	39	30	49	44.1
Thyroïde (C73)	34	27	37	40	30	64	88.2
Larynx	21	21	26	23	24	27	28.6
Tous les sièges de cancers excluant certaines tumeurs de la peau (C00-C80 sauf histologie 8000-8110)	1 969	2 047	2 152	2 250	2 321	2 566	30.3

Sources : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL). Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA), Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation (site Web consulté en novembre 2012)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca) (novembre 2010)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des tumeurs du Québec (FITQ), 2000 à 2008.

Le tableau 7 présente le nombre d'hospitalisations lié au cancer dans Lanaudière et au Québec

**Tableau 7**  
**Hospitalisations, taux bruts et taux standardisés comparés avec le reste du Québec selon le sexe, CLSC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 (N et taux pour 10 000 personnes)**

	Sexe	Lanaudière	Le reste Québec
		2008-09 à 2010-11	2008-09 à 2010-11
<b>Ensemble des cancers</b>			
Hospitalisations	Femme	3 666	65 069
	Homme	4 153	69 220
	Total	7 819	134 289
Morbidity hospitalière	Femme	51,9	52,7
	Homme	64,3	65,2
	Total	57,3	57,7
<b>Poumon</b>			
Hospitalisations	Femme	575	9 723
	Homme	666	11 707
	Total	1241	21 430
Morbidity hospitalière	Femme	8,0	7,8
	Homme	10,3	11,1
	Total	9,0	9,2
<b>Colorectal</b>			
Hospitalisations	Femme	414	8 662
	Homme	623	10 468
	Total	1037	19 130
Morbidity hospitalière	Femme	5,8	6,7
	Homme	9,7	10
	Total	7,7	8,2
<b>Sein</b>			
Hospitalisations	Femme	584	11 058
	Homme	9	85
	Total	593	11 143
Morbidity hospitalière	Femme	8,3	9,1
	Homme	0,1	0,1
	Total	4,3	4,8
<b>Prostate</b>			
Hospitalisations	Homme	660	9 696
Morbidity hospitalière	Homme	9,9	8,9

Source : MSSS, Fichiers MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2010-2011, mise à jour avril 2012

## 2.2 Portrait organisationnel

Dans la région de Lanaudière chaque jour des centaines de personnes offrent des soins et des services aux personnes atteintes d'un cancer, à leur proche ainsi qu'à toute la population. Ces personnes travaillent ou donnent de leur temps gratuitement au sein de différents établissements.

Dans les prochaines pages, seront présentés les structures qui composent le réseau lanadois de lutte contre le cancer, certaines ressources humaines actuellement dédiées à l'animation de ce réseau, les installations physiques et les ressources informationnelles ainsi que l'état d'avancement des programmes, projets cliniques et plans d'action de lutte contre le cancer et soins palliatifs tant au niveau régional que local.

### 2.2.1 Le réseau lanadois de lutte contre le cancer

Dans la région de Lanaudière, on compte deux CSSS<sup>12</sup>. Le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL) dessert la population des municipalités régionales de comté (MRC) de D'Autray, de Joliette, de Matawinie et de Montcalm. Dans la MRC de Matawinie, on retrouve la Communauté Atikamekw de Manawan<sup>13</sup>. Le CSSSNL regroupe, entre autres, le Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL), une unité de médecine familiale (UMF) et neuf centres locaux de services communautaires (CLSC). Le Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière (CSSSSL) couvre les MRC de L'Assomption et des Moulins et regroupe lui aussi un centre hospitalier (CH), l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG), une UMF ainsi que deux CLSC. (Voir tableau 8 à la page suivante)

---

<sup>12</sup> En décembre 2003, le gouvernement du Québec a adopté le projet de loi 25 qui a donné le coup d'envoi à une réorganisation majeure du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cette réorganisation s'appuyait sur la mise en place de réseaux locaux de services, gravitant autour d'un établissement local, le centre de santé et de services sociaux (CSSS).

<sup>13</sup> Le CSSSNL a mis en place différents services afin d'accueillir les besoins particuliers de la clientèle de la Communauté Atikamekw de Manawan (ex. : services de traduction, hébergement et transport des patients et de leur famille).

**Tableau 8**  
**Liste des CLSC selon le CSSS**

CSSSNL		CSSSSL
Centre d'hébergement du Piedmont et CLSC de Saint-Jean-de-Matha CLSC de Berthier CLSC de Chertsey CLSC de Joliette	CLSC de Lavaltrie CLSC de Saint-Donat CLSC de Saint-Esprit CLSC de Saint-Gabriel CLSC de Saint-Michel-des-Saints	CLSC Lamater CLSC Meilleur

Les CH, de concert avec les UMF, offrent plusieurs services aux personnes atteintes de cancer, à leurs proches ainsi qu'à toute la population, soit : le dépistage, l'évaluation et le diagnostic, les traitements, le suivi, la prévention secondaire, de même que les services pour les personnes en soins palliatifs et en fin de vie. De leur côté, les CLSC jouent un rôle important au niveau de promotion de la santé et du bien-être et de la prévention du cancer. De plus, ils sont des acteurs importants au niveau des services courants et du soutien à domicile pour les personnes en traitement ou qui nécessitent des soins palliatifs ou de fin de vie.

Dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), 4 centres de radiologie publics ou privés ont été désignés *centre de dépistage désigné* (CDD), soit le CSSSNL, le CSSSSL, les Services Radiologiques de Joliette (SRJ) et le centre Imagerie Terrebonne. Les deux CSSS sont aussi Centre de référence pour investigation désignée (CRID).

Certaines personnes atteintes d'un cancer qui nécessitent des soins palliatifs séjourneront dans l'un ou l'autre des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) de la région. La région compte quatorze (CHSLD) publics (10 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 4 sur celui de Lanaudière-Sud) qui offrent des soins quotidiens aux personnes en lourde perte d'autonomie, permanente ou non, quel que soit leur âge. Quatre CHSLD privés conventionnés<sup>14</sup> ainsi que deux CHSLD privés autofinancés<sup>15</sup> offrent également ce type de soins quotidiens. La liste des CHSLD se trouve à l'annexe 4.

De plus, 62 cliniques médicales privées sont réparties sur tout le territoire (37 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 25 sur celui du RLS de Lanaudière-Sud) ainsi que 14 groupes de médecine de famille (GMF) (5 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 9 sur celui du RLS de Lanaudière-Sud). Parmi les 14 GMF, 2 sont aussi des **cliniques-réseau** (CR) (1 au nord et 1 au sud).

Depuis juin 2010, le personnel et les bénévoles de la maison de soins palliatifs Adhémar-Dion, située à Terrebonne, accueillent des patients en fin de vie.

Trois organismes communautaires œuvrent auprès des personnes atteintes et de leurs proches, soit : Albatros 14, Cancer-Aide Lanaudière et Aux couleurs de la vie.

De plus, la région peut compter sur les services du personnel de tout près d'une centaine de pharmacies réparties un peu partout sur le territoire.

Nous discuterons plus en détail des services offerts dans ces différents établissements dans la quatrième section de ce document, soit celle où nous effectuerons le bilan de l'atteinte des cibles du Plan d'action 2004.

<sup>14</sup> Ces centres sont appelés conventionnés parce qu'ils ont une entente avec le MSSS par laquelle ils offrent le même niveau de soins que les CHSLD publics. Ils sont assujettis aux mêmes normes de soins et pratiquent le même tarif que celui déterminé pour les CHSLD publics. Ces établissements détiennent un permis du MSSS et sont financés par le réseau public.

<sup>15</sup> Tout comme les CHSLD publics, les CHSLD privés autofinancés offrent des soins quotidiens d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie, permanente ou non, quel que soit leur âge. Ils offrent notamment des services de surveillance 24h/7jrs, des soins et des services médicaux et de réadaptation. Cependant, ils fixent eux-mêmes leurs tarifs qui sont complètement à la charge des résidents. Ces établissements détiennent un permis du MSSS et ne reçoivent pas de financement public.

### MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES

En septembre 2010, le nombre de médecins omnipraticiens au Québec était de 7 554 équivalents temps plein (ETP). À la même période, la région de Lanaudière pouvait compter sur les services de 360 ETP médecins omnipraticiens. Les besoins normalisés pour la région de Lanaudière sont évalués à 463,9 ETP médecins omnipraticiens. L'écart entre le nombre de médecins omnipraticiens en place et les besoins tels qu'évalués par le MSSS est de 103,9 ETP médecins omnipraticiens. En 2011, 23 nouveaux médecins omnipraticiens viendront pratiquer dans la région (17 finissants et 6 médecins en provenance d'une autre région)<sup>16</sup>.

En 2008-2009, le total des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) autorisés pour le Québec, toutes spécialités confondues, était de 8 036 médecins spécialistes. Dans la région de Lanaudière, le PREM était de 237 (127 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 110 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud). Le nombre de postes vacants au 29 avril 2010 était de 598 pour le Québec et 13 pour Lanaudière (10 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 3 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud). Pour le CSSSNL, le nombre de PREM autorisé dans l'établissement représentait 1,58 % du total autorisé au Québec et celui du CSSSSL 1,37 %<sup>17 18</sup>.

Dans le cadre de l'exercice de révision des plans d'effectifs médicaux en médecine spécialisée (PEM), le MSSS en collaboration avec les représentants de l'Agence et des établissements, a évalué les besoins pour 2011-2015 et autorisé un certain nombre de postes. Le tableau 9 présente pour la région, le ratio de spécialistes requis pour chacune des disciplines en lien avec la lutte contre le cancer, les besoins dans la région, le nombre d'effectifs en place au 24 octobre 2011, le nombre de postes disponibles en 2011, le nombre de postes vacants en 2011, ainsi que le nombre de postes qui seront rendus disponibles en 2012, 2013, 2014 et 2015. Les tableaux qui présentent ces données pour chacun des CSSS de la région se trouvent à l'annexe 5.

<sup>16</sup> COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. Proposition de l'ajout brut et de l'ajout net des médecins omnipraticiens en 2011 – Scénario retenu par le COGEMO, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2011.

<sup>17</sup> Certains établissements à mission particulière ont été omis dans le calcul du total, comme l'Institut Philippe Pinel.

<sup>18</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. PREM – Planification quinquennale, 2010-11-08.

**Tableau 9**  
**Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes Lanaudière 2011-2015**

SPÉCIALITÉS	Ratio	Besoins dans la région <sup>19</sup>	Effectifs en place 2011-10-24	PEM 2011	Postes vacants	PEM			
						2012	2013	2014	2015
Anatomopathologie	1/30 000	16	5	5	0	7	7	7	7
Chirurgie générale	1/20 000	23	16	16	0	17	18	19	19
Chirurgie plastique	1/65 000	7	3	4	1	4	6	7	7
Dermatologie	1/50 000	9	2	3	1	3	3	3	7
Gastro-entérologie	1/50 000	9	11	11	0	12	12	12	12
Hématologie-oncologie	1/30 000	16	7	8	1	9	9	10	10
Médecine nucléaire	1/75 000	6	4	4	0	5	5	5	5
Obstétrique-gynécologie	1/20 000	23	17	17	0	17	18	18	18
Oto-rhino-laryngologie	1/40 000	12	7	7	0	8	8	8	8
Pneumologie	1/35 000	13	5	7	2	7	8	9	9
Radiologie	1/16 000	29	19	19	0	19	20	21	21
Urologie	1/50 000	9	4	8	4	8	8	8	8
<b>Total</b>		<b>175</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>9</b>	<b>116</b>	<b>122</b>	<b>127</b>	<b>131</b>

Actuellement (décembre 2012), le PEM de Lanaudière ne compte aucun radio-oncologue. Des ententes établies entre les centres hospitaliers de la région et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) permettent aux patients de la région de pouvoir rencontrer un radio-oncologue dans leur région et d'effectuer leurs traitements dans l'un de ces deux CH. Ainsi, six radio-oncologues du CHRTR sont présents, à tour de rôle, une journée par semaine au CHRDL. Ils effectuent ainsi l'évaluation et le suivi des patients au CHRDL et participent au **comité des thérapies du cancer (CTC)**. À l'HPLG, un radio-oncologue de l'HMR, est également présent une journée par semaine et disponible sur appel, au besoin.

<sup>19</sup> En 2011, 469 916 personnes résidaient dans la région de Lanaudière. Source : SYLIA. *Estimation de la population des RLS, Lanaudière et le Québec selon l'âge et le sexe, au 1<sup>er</sup> juillet des années 1996 à 2011 (découpage géographique au 1<sup>er</sup> juillet 2011)* Sources : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

## PHARMACIENS ET TECHNICIENS EN PHARMACIE

Un pharmacien exerce ses fonctions en oncologie au CHRDL à raison de quatre jours par semaine (0,8 ETC). Il n'y a officiellement pas de clinique le vendredi, mais le pharmacien peut être requis pour la vérification de traitements ponctuels amorcés dans les jours précédents. Les traitements de chimiothérapie sont administrés majoritairement du lundi au jeudi, mais certains traitements administrés sur trois ou cinq jours sont donnés aussi le vendredi. Cependant, comme qu'indiqué dans le plan d'effectifs du département de pharmacie de l'établissement, les besoins seraient plutôt évalués à 2 ETC afin de pouvoir offrir un niveau de soins pharmaceutiques supérieur à toute la clientèle.

Au CSSNL, le pharmacien est accessible pour :

- Donner de la consultation pour les personnes atteintes de cancer;
- Donner de l'information aux personnes atteintes de cancer;
- Pour donner de la formation continue aux professionnels, relative à la médication.

Par ailleurs, deux assistantes techniques en pharmacie sont présentes à la clinique d'oncologie à raison de 4 jours par semaine (1.6 ETC) du lundi au jeudi. Le vendredi, une seule assistante technique est présente pour l'équivalent d'une demi-journée pour le moment, ce qui pourrait être appelé à changer sous peu avec la croissance des besoins. De plus, la pharmacie d'oncologie a complètement été réaménagée, agrandie et mise aux normes au printemps 2012 afin de répondre aux besoins de sa clientèle. Le CHRDL dispose donc de deux hottes et d'une antichambre pour la préparation sécuritaire des produits de chimiothérapie.

À l'HPLG, actuellement, deux pharmaciens sont en fonction à la clinique d'oncologie du lundi au jeudi (1,8 ETC). Un seul pharmacien est présent le vendredi. Selon l'évaluation effectuée par les responsables de l'établissement, la présence de 2 pharmaciens (2 ETC) attitrés aux consultations des clients et d'un pharmacien (1 ETC) à la production permettrait de répondre aux besoins qui sont en augmentation, depuis notamment l'arrivée de deux nouveaux oncologues en décembre 2010. Deux assistants techniques travaillent à la clinique d'oncologie (1,5 ETC), du lundi au jeudi. Le vendredi, un seul assistant technique est présent. Cependant, les besoins sont évalués à 2.5 ETC assistants techniques du lundi au jeudi. Le vendredi, 1 assistant technique est jugé suffisant.

Le pharmacien est accessible pour :

- Donner de la consultation pour les personnes atteintes de cancer
- Donner de l'information aux personnes atteintes de cancer
- Pour donner de la formation continue aux professionnels, relative à la médication
- Autres, précisez :

## INFIRMIÈRES

En 2011-2012, le nombre d'infirmières inscrites à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Tableau 10 et 11) était de 72 169. De ce nombre, 68 244 (94,6 %) occupaient un poste dans le domaine des soins infirmiers ou de la santé (67 606 au Québec et 638 hors Québec).

Dans la région de Lanaudière, le nombre d'infirmières inscrites à l'OIIQ était de 4 775. De ce nombre, 4 576 (95,8 %) occupaient un poste dans le domaine des soins infirmiers ou de la santé (2 355 dans la région et 2 221 dans une autre région)<sup>20</sup>.

**Tableau 10**  
Exercice de la profession, infirmières inscrites au tableau en 2011-2012 au Québec

	Nombre	%
<b>Exercent la profession</b>		
Au Québec	67 606	93,7
Hors Québec	638	0,9
<b>Total partiel</b>	<b>68 244</b>	<b>94,6</b>
<b>N'exercent pas</b>		
Sans emploi	1 637	2,3
Retraite	2 288	2,2
<b>Total partiel</b>	<b>3 925</b>	<b>5,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>72 169</b>	<b>100,0</b>

Source : ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012 – Le Québec et ses régions*, Québec, OIIQ, 2012, 166 p.

**Tableau 11**  
Exercice de la profession, infirmières inscrites au tableau en 2011-2012 dans la région de Lanaudière

	Nombre	%
<b>Exercent la profession</b>		
Emploi dans la région	2 355	49,3
Emploi autre région	2 221	46,5
<b>Total partiel</b>	<b>4 576</b>	<b>95,8</b>
<b>N'exercent pas</b>		
Sans emploi	79	1,7
Retraite	120	2,5
<b>Total partiel</b>	<b>199</b>	<b>4,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4 775</b>	<b>100,0</b>

Source : ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012 – Le Québec et ses régions*, Québec, OIIQ, 2012, 166 p.

<sup>20</sup> ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012 – Le Québec et ses régions*, Québec, OIIQ, 2012, 166 p.

Toujours en 2011-2012, le nombre d’infirmières exerçant la profession au Québec était de 8,5 pour mille habitants (67 606 infirmières/7 979 663 Québécois) tandis que pour la région de Lanaudière, ce nombre était de 5.5 % (2 575 infirmières/ 469 916 Lanaudois), ce qui fait de la région de Lanaudière la région où le ratio par mille habitants est le plus bas. Le tableau 12 présente le ratio d’infirmières exerçant la profession au Québec en 2011-2012 pour 1 000 habitants, par région d’emploi.

**Tableau 12**  
**Ratio d’infirmières exerçant la profession au Québec**  
**en 2011-2012 pour 1 000 habitants, par région d’emploi**

Région	Ratio (par 1 000 habitants)
Bas-Saint-Laurent	9,7
Saguenay - Lac-Saint-Jean	9,7
Capitale-Nationale	12,8
Mauricie	9,1
Estrie	9,2
Montréal	11,3
Outaouais	5,7
Abitibi-Témiscamingue	9,3
Côte-Nord	9,5
Nord-du-Québec	12,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	10,3
Chaudière-Appalaches	7,2
Laval	5,8
<b>Lanaudière</b>	<b>5,5</b>
Laurentides	5,6
Montérégie	5,6
Centre-du-Québec	6,9
<b>Total</b>	<b>8,5</b>

Source : ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ).  
*Rapport statistique sur l’effectif infirmier 2011-2012 –  
 Le Québec et ses régions*, Québec, OIIQ, 2012, p. 64.

Parmi les 67 606 infirmières inscrites à l’OIIQ en 2011-2012 qui occupaient un emploi dans le domaine des soins infirmiers ou de la santé au Québec, 58,3 % travaillaient à temps complet, 32,3 % à temps partiel et 9,4 % travaillent occasionnellement. Pour la région de Lanaudière, ces chiffres sont respectivement de 50,5 %, 37,7 % et 11,9 %. Ce qui faisait de Lanaudière la région où le moins grand nombre d’infirmières inscrites à l’OIIQ en 2009-2010 qui occupaient un emploi dans le domaine des soins infirmiers ou de la santé au Québec travaillaient à temps complet.

Par ailleurs, au Québec, le nombre total d’infirmières qui exerçaient la profession pour le compte d’agences de placement de personnel infirmier ou de soins a diminué pour une deuxième année consécutive, en se situant à 5,8 % (3 569/67 606). Il est à noter qu’en 2010-2011 c’était la première fois depuis le début des années 2000 qu’un tel phénomène tait observé. Dans la région de Lanaudière, ce pourcentage était de 13,6 % (352/2 575). Les infirmières qui déclaraient travailler pour le compte d’agence se concentrent dans sept régions du Québec, dont celle de Lanaudière.

En décembre 2012, 16 postes d'**infirmières praticiennes spécialisées (IPS)** étaient disponibles dans la région (9 sur le territoire du RLS de Lanaudière-Nord et 7 sur celui de Lanaudière-Sud). Dans les faits, 11 **IPS** exerçaient leurs fonctions (7 sur le territoire du RLS Lanaudière-Nord et 4 sur celui de Lanaudière-Sud). En 2017, 506 **IPS** travailleront au Québec, de ce nombre, 34 dans la région de Lanaudière.

En 2010-2011, le nombre d'**infirmières pivots en oncologie (IPO)** au Québec était respectivement de 252 (224 ETC). Au cours de cette même période, le CSSSNL pouvait compter sur les services d'un **IPO** à temps complet. Pour sa part, le CSSSL pouvait compter sur les services de 3 **IPO** à temps complet. En 2011-2012, 2 **IPO** au CSSSNL et 3 **IPO** au CSSSL exerçaient leurs fonctions.

La DQC a effectué au cours des derniers mois une étude visant à documenter la charge de travail et le nombre d'**IPO** requis.

Selon le ratio dont nous disposons, le nombre d'**IPO** requis était d'une pour 200 nouveaux cas. Selon ce ratio, et en se basant sur le nombre de nouveaux cas de tumeurs chez les résidents lanaudois en 2008, le nombre d'**IPO** dans la région devrait être de 12,8. Ce qui représente un écart de 8,8 avec la réalité de 2010-2011.

Le tableau 13 représente le nombre réel d'IPO et le nombre requis pour le Québec et les régions en 2010-2011.

**Tableau 13**  
**Nombre réel et nombre requis d'IPO pour le Québec et les régions, 2010-2011**

No.	Région	Nb de nouveaux cas de cancer, 2008 (1)	Nb réel d'IPO 2010-2011 (ETC) (2)	Nb requis (ETC) (3)	Écart (ETC) (4)
1	Bas-Saint-Laurent	1 356	9,4	6,8	2,6
2	Saguenay - Lac-Saint-Jean	1 750	8,4	8,8	-0,4
3	Capitale-Nationale	4 317	34	21,6	12,4
4	Mauricie et Centre-du-Québec	3 240	11,6	16,2	-4,6
5	Estrie	1 754	12,3	8,8	3,5
6	Montréal	10 289	76,6	51,4	25,2
7	Outaouais	1 593	6,5	8,0	-1,5
8	Abitibi-Témiscamingue	851	4,6	4,3	0,3
9	Côte-Nord	588	4,2	2,9	1,3
10	Nord-du-Québec	53	2,5	0,3	2,2
11	Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	734	3,5	3,7	-0,2
12	Chaudière-Appalaches	2 343	8,1	11,7	-3,6
13	Laval	2 149	6	10,7	-4,7
14	Lanaudière	2 566	4	12,8	-8,8
15	Laurentides	3 027	10,5	15,1	-4,6
16	Montérégie	7 753	21,8	38,8	-17,0
17	Nunavik	28	0	0,1	-0,1
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	27	0	0,1	-0,1
	Région inconnue	6	0	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>44 424</b>	<b>224</b>	<b>222,1</b>	<b>1,9</b>

(1) Nombre de nouveaux cas de cancer pour l'ensemble des sièges excluant certaines tumeurs de la peau (tumeurs SAI, épithéliales SAI, basocellulaires et épidermoïdes), 2008 MSSS, Fichier des tumeurs 2008

(2) GESTRED, 2011

(3) Le ratio est d'une IPO (ETC) pour 200 nouveaux cas de cancer

(4) Nombre réel d'IPO 2010-2011 (ETC) - Nombre requis (ETC)

Le tableau 14 présente le nombre réel d'**IPO** et le nombre requis par CSSS pour notre région en 2010-2011.

**Tableau 14**  
**Nombre réel et nombre requis d'IPO par CSSS, Lanaudière 2010-2011**

CSSS	Nb de nouveaux cas de cancer, 2008 (1)	Nb réel d'IPO 2010-2011 (ETC) (2)	Nb requis (ETC) (3)	Écart (ETC) (4)
CSSSNL	1 324	2	6,6	-4,6
CSSSSL	1 242	2	6,2	-4,2
<b>Lanaudière</b>	<b>2 566</b>	<b>4</b>	<b>12,8</b>	<b>-8,8</b>

- (1) Nombre de nouveaux cas de cancer pour l'ensemble des sièges excluant certaines tumeurs de la peau (tumeurs SAI, épithéliales SAI, basocellulaires et épidermoïdes), 2008 MSSS, Fichier des tumeurs 2008
- (2) GESTRED, 2011
- (3) Le ratio est d'une **IPO** (ETC) pour 200 nouveaux cas de cancer
- (4) Nombre réel d'**IPO** 2010-2011 (ETC) - Nombre requis (ETC)

Par ailleurs, le CSSSSL peut compter sur les services d'une infirmière dédiée en soins palliatifs à demi-temps depuis juin 2010 (temps plein depuis 2012). En septembre 2012, un infirmier dédié en soins palliatifs (0,4 ETC) est également entré en poste au CSSSNL.

Le rôle des infirmiers(es) dédié(e)s en soins palliatifs est d'assurer la prise en charge des patients au sein des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux. Ils assurent aussi un rôle de liaison entre l'équipe d'**IPO** et l'équipe interdisciplinaire en oncologie.

### 2.2.3 Les installations physiques et les ressources informationnelles de support

Le CSSSNL a entrepris en décembre 2011 des travaux d'agrandissement à sa clinique d'hémato-oncologie. Ce projet, financé par la Fondation du CHRDL et l'Agence, a permis de réaménager la pharmacie, d'augmenter le nombre de bureaux disponibles pour le personnel de la clinique, le nombre de places disponibles dans l'aire d'attente ainsi que le nombre de fauteuils de chimiothérapie. Ainsi, le nombre de fauteuils qui étaient jusqu'à tout récemment de 10 est passé à 17 en juillet 2012.

Le CSSSSL a également présenté à l'Agence la phase 1 d'un projet de développement visant à répondre à l'accroissement des volumes d'activités en oncologie. Ainsi, grâce à un montant versé par l'Agence, le CSSSSL a entrepris des travaux afin de réaménager l'aire de préparation oncologique et le poste d'accueil (en y ajoutant un poste de travail) ainsi que d'aménager une nouvelle aire d'attente pouvant accueillir plus de places et 3 bureaux de consultation. Ce projet, une fois terminé, fera en sorte que le nombre de fauteuils de chimiothérapie passera de 12 à 14.

Le tableau 15 présente les installations physiques dans chacun des RLS de la région.

**Tableau 15**  
**Les installations physiques - Décembre 2012**

	RLS de Lanaudière-Nord	RLS de Lanaudière-Sud
<b>Dans la clinique de chimiothérapie/oncologie du CH</b>		
Y a-t-il un espace spécifique pour le secrétariat?	Oui	Oui
Y a-t-il un lieu confidentiel pour les entrevues des professionnels avec les patients?	Oui	Oui
Combien y a-t-il de fauteuils de chimiothérapie?	17	14
Combien y a-t-il de civières?	1	1
Est-ce qu'il y a une unité propre et une unité souillée?	Non	Oui
Les IPO disposent-elles d'un bureau?	Oui	Oui
Existe-t-il une pièce avec hotte à flot laminaire pour la préparation des médicaments? Avec ou sans « sas »	Oui sans « sas »	Oui sans « sas »
Cette clinique est-elle dédiée à l'oncologie et non partagée avec l'hématologie	Oui	Oui
<b>En médecine au CH</b>		
Y a-t-il une unité dédiée d'hémato-oncologie? Si oui, nombre de lits.	Non	Non
Les lits pour les personnes atteintes de cancer sont-ils regroupés? Si oui, nombre de lits regroupés.	Non	Non
<b>En chirurgie au CH</b>		
Quel est le nombre de lits en chirurgie?	63	
Y a-t-il des lits dédiés aux chirurgies oncologiques? Si oui, nombre de lits? Sont-ils regroupés?	Non	Non
Y a-t-il des espaces dédiés au CRID?		Non
Y a-t-il des espaces dédiés au CDD?		Oui
Y a-t-il des espaces dédiés au CRID-CDD?		Non
<b>En soins palliatifs</b>		
Y a-t-il une unité de soins palliatifs? Si oui, nombre de lits.	Oui, 9 lits	Oui, 8 lits
Les personnes atteintes ont-elles accès à une maison de soins palliatifs? Si oui, nombre de lits.	Non	Oui, 12 lits
Y a-t-il des lits dédiés aux soins palliatifs en CHSLD? Si oui, nombre de lits.	Non	Oui, 8 lits
Y a-t-il un programme qui permet aux personnes atteintes de demeurer à domicile en fin de vie s'ils le désirent	Non	Oui
Autres informations, précisez :		

Le tableau 16 présente les ressources informationnelles de support de chacun des CSSS de la région.

**Tableau 16**  
**Les ressources informationnelles de support, CSSS de Lanaudière - Décembre 2012**

Questions	Réponses	
	CSSSNL	CSSSSL
Les rapports de laboratoire sont-ils accessibles par un terminal informatique?	Oui	Oui
Les rapports d'imagerie sont-ils accessibles via une dictée centrale, lorsque transcrits?	Non	Oui
Les images en radiologie sont-elles accessibles pour les professionnels via un PACS?	Oui	Oui
Les dossiers médicaux sont-ils informatisés?	Non	Oui

### **AU NIVEAU RÉGIONAL**

Comme indiqué précédemment, en mars 2004, les membres du CRLC rendaient public leur *Plan d'action - Implantation du programme régional de lutte contre le cancer – Région Lanaudière*.

De plus, en décembre 2007, un groupe de travail composé de représentants de chacun des CSSS de la région et de l'Agence publiait le *Plan d'action régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010*. Afin d'élaborer le plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie, les membres de ce groupe de travail avaient retenu des orientations, des objectifs et des priorités régionales en soins palliatifs. Le tableau 17 présente les orientations et les objectifs ainsi retenus.

Faisant suite au plan d'action régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010, en juin 2008, l'Agence publiait un rapport d'étude sur le cheminement clinique de l'utilisateur et de leurs proches en soins palliatifs de fin de vie.

Tableau 17

Orientations et objectifs du Plan d'action régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010<sup>21</sup>

Orientations	Objectifs
<p>1. Assurer l'équité dans l'accès à des services de soins palliatifs de qualité le plus près du milieu de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer aux personnes atteintes d'une maladie incurable en fin de vie et à leurs proches, une prise en charge globale et une accessibilité à des services intégrés de qualité.</li> <li>• Assurer l'équité d'accès aux services, peu importe le lieu de résidence.</li> <li>• Offrir des services de soins palliatifs en établissement.</li> <li>• Reconnaître la nécessité d'une équipe interdisciplinaire comme mode de prestation de services dans chaque site.</li> <li>• Considérer la personne atteinte et son réseau de soutien au centre de l'organisation de services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des services intégrés et hiérarchisés en soins palliatifs de fin de vie.</li> <li>• Uniformiser les critères d'admissibilité aux programmes et aux services.</li> <li>• Rendre disponible des lits dédiés regroupés dans une unité de soins palliatifs, à laquelle s'est jointe une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs.</li> <li>• Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches, l'accessibilité à une équipe interdisciplinaire, peu importe, leur lieu de résidence.</li> <li>• Apporter l'écoute et le soutien nécessaire à l'utilisateur et à ses proches pour qu'ils se sentent soutenus et accompagnés tout au long du processus, et ce, jusqu'en fin de vie.</li> <li>• Améliorer les échanges entre les professionnels afin de permettre la mise en commun de l'expertise et des ressources qui contribuent à diminuer les délais aux soins et aux services.</li> </ul>
<p>2. Assurer une continuité de services entre les différents sites de prestation de services.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une concertation et une collaboration de tous les instants, entre tous les fournisseurs de services dans un souci de complémentarité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des mécanismes très étroits de concertation et d'intégration de services entre les fournisseurs de services.</li> <li>• Assurer la qualité de liaison.</li> </ul>
<p>3. Maintenir et augmenter la qualité des services en soins palliatifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des soins palliatifs de qualité conformes aux normes de pratique en soins palliatifs;</li> <li>• Élaborer des protocoles de soins de fin de vie;             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Normes de pratique en soins palliatifs pédiatriques.</li> <li>○ Assurer le suivi des normes et standards de pratique reconnus dans tous les sites de prestation de services.</li> </ul> </li> <li>• Améliorer la formation de base et la formation continue pour l'ensemble des intervenants qui côtoient les personnes atteintes et leurs proches.</li> <li>• Tenir compte de la spécificité de certaines clientèles; les enfants, les clients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques, les patients en perte d'autonomie liée au vieillissement et aux autres maladies chroniques.</li> </ul>
<p>4. Sensibiliser tous les intervenants à l'approche palliative et au caractère inéluctable et naturel de la mort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de prendre des décisions importantes en fin de vie.</li> </ul>

<sup>21</sup> AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2007, 66 p.

## AU NIVEAU RÉGIONAL

En mai 2006, le CССSNL rendait public son projet clinique dans le dossier de la lutte contre le cancer et des soins palliatifs intitulé Continuum d'interventions du programme clientèle – Lutte contre le cancer et soins palliatifs. À l'intérieur de celui-ci, des cibles prioritaires étaient identifiées afin d'implanter le PQLC. Le tableau 18 présente les cibles prioritaires retenues.

**Tableau 18**  
**Cibles prioritaires du projet clinique « Continuum d'interventions du programme clientèle – Lutte contre le cancer et soins palliatifs » du CССSNL - mai 2006**

Dimension	Cible prioritaire
Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre les programmes de promotion de saines habitudes de vie en priorisant les activités reliées à l'arrêt du tabagisme et à la saine alimentation.</li> <li>• Implanter un registre de cancer.</li> </ul>
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir et consolider le programme de dépistage du PQDCS.</li> </ul>
Traiter - Guérir – Soutenir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre les ressources humaines disponibles pour la mise en place de l'équipe interdisciplinaire en oncologie et soins palliatifs de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.</li> <li>• Harmoniser et uniformiser le rôle ainsi que les fonctions des <b>IPO</b> du programme.</li> <li>• Développer un accueil pour les personnes référées au Programme de lutte contre le cancer et soins palliatifs.</li> <li>• Adapter les systèmes d'information en soutien à l'implantation du réseau intégré de services.</li> <li>• Poursuivre et augmenter les actions afin de maintenir la personne en fin de vie à domicile le plus longtemps possible et éviter le recours à l'hospitalisation.</li> </ul>

Ce document devait constituer un guide pour l'élaboration d'un plan d'action local de lutte contre le cancer à l'intérieur duquel seraient déterminés les modalités à mettre en place, les échéanciers, les acteurs ainsi que les indicateurs. Cependant, le CССSNL n'a pas procédé par la suite à la rédaction de ce plan d'action.

En 2007-2008, le CССSNL a élaboré un plan d'action en soins palliatifs en lien avec la lutte contre le cancer. Les objectifs qui y étaient retenus étaient les suivants :

- Harmoniser et uniformiser le rôle et les fonctions de l'**IPO** en fonction du cadre de référence du programme de lutte contre le cancer.
- Mettre en place une équipe interdisciplinaire oncologie/soins palliatifs au CHRDL.
- Consolider l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs au CH avec identification d'une infirmière dédiée.
- Mettre en place des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en CLSC et en CHSLD sur l'ensemble du territoire du CССSNL.
- Mettre en place des infirmières dédiées en soins palliatifs au sein des équipes en soutien à domicile sur l'ensemble du territoire.
- Développer une approche palliative commune en soins de fin de vie.
- Assurer des services médicaux continus 24/7 (visites à domicile et soutien téléphonique) sur l'ensemble du territoire.
- Assurer une couverture pharmaceutique 24/7 pour les usagers à domicile.
- Augmenter le nombre de lits en soins palliatifs sur le territoire du CССSNL (Besoin de 1 lit dédié/10 000 de population = 20 lits pour le CССSNL).

En avril 2009, le CSSSNL a déposé à l'Agence une proposition de projet intitulée : Programme de lutte contre et cancer et soins palliatifs, dont les résultats attendus étaient :

- De développer 4 lits de soins palliatifs au CH et de mettre en place une équipe interdisciplinaire onco-soins palliatifs. Cette équipe devait être accompagnée par un coordonnateur clinique.
- De mettre en place une équipe dédiée en soins palliatifs dans chaque MRC au sein des CLSC.
- De disposer d'une infirmière qui porte le dossier des soins palliatifs dans chacune des installations CHSLD (11).
- De disposer d'une couverture pharmaceutique est assurée 24/7 pour les usagers à domicile.
- D'adopter et d'appliquer une approche palliative commune en soins de fin de vie.
- D'ouvrir une ressource d'hébergement dédiée en soins palliatifs de 9 lits reconnus par le MSSS dans la MRC de Matawinie.
- D'élaborer des mécanismes de références formelles et d'harmoniser les outils d'évaluation pour la clientèle du programme lutte contre le cancer et en soins palliatifs.
- D'effectuer et de rendre disponible aux instances décisionnelles un état de situation sur la garde médicale en soins palliatifs à domicile.

De son côté, le CSSSSL a élaboré un programme de développement lié au PQLC (novembre 2007), un programme de lutte contre le cancer pour les années 2007 et 2008 ainsi qu'un plan d'action lutte contre le cancer 2007-2009.

Le programme de développement lié au PQLC (novembre 2007) développé par le CSSSSL, proposait différentes actions afin de consolider son réseau hiérarchisé et intégré de lutte contre le cancer (ex. : compléter la mise en place des équipes interdisciplinaires, optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie) faciliter le parcours de la personne atteinte dans le continuum de services (ex. : maintenir et bonifier l'accessibilité aux services de base 24/7 aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile) et mettre en place un registre des tumeurs.

À l'intérieur de son programme de lutte contre le cancer, pour les années 2007 et 2008, les priorités du CSSSSL consistaient à :

- Identifier et actualiser la structure (fonctionnelle et administrative) propice à la mise en place du Programme local de lutte contre le cancer - oncologie et soins palliatifs.
- Optimiser le fonctionnement des équipes interdisciplinaires du PLCC du CSSS ainsi que le rôle de l'IPO.
- Tendre vers la coordination et l'intégration fluide de l'ensemble des services tout au long du continuum de soins pour répondre au besoin de la personne et de sa famille.
- Maintenir et augmenter la qualité des soins.

Les priorités de son plan d'action lutte contre le cancer 2007-2009 étaient pour leur part :

- D'actualiser la structure propice à la mise en place du PLC.
- D'augmenter la desserte et l'accessibilité à la clientèle en soins palliatifs à domicile.
- D'optimiser le rôle de l'IPO.
- De favoriser des mécanismes de coordination simples et souples afin de répondre au besoin du client et de sa famille.
- D'avoir une compréhension commune de l'approche palliative.

### 3. LA DESCRIPTION DE LA GOUVERNE

Cette section présente la structure de gouverne retenue dans le dossier de la lutte contre le cancer dans la région de Lanaudière. Par la suite, pour chacun des comités et sous-comités, le mandat, la composition, les responsables et le mode de fonctionnement seront présentés. La description complète de la gouverne se trouve en annexe 8 dans le document intitulé Réseau Cancer Lanaudière.

#### 3.1 La structure

La mise en place d'un comité régional en oncologie figure dans le Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Le 29 novembre 2010, des représentants du CSSSNL, du CSSSSL et de l'Agence se sont réunis afin de discuter de la démarche à adopter pour planifier de manière concertée les actions dans le dossier de la lutte contre le cancer. Au cours de cette rencontre, les participants se sont entendus sur une structure de gouverne dans ce dossier pour la région de Lanaudière.

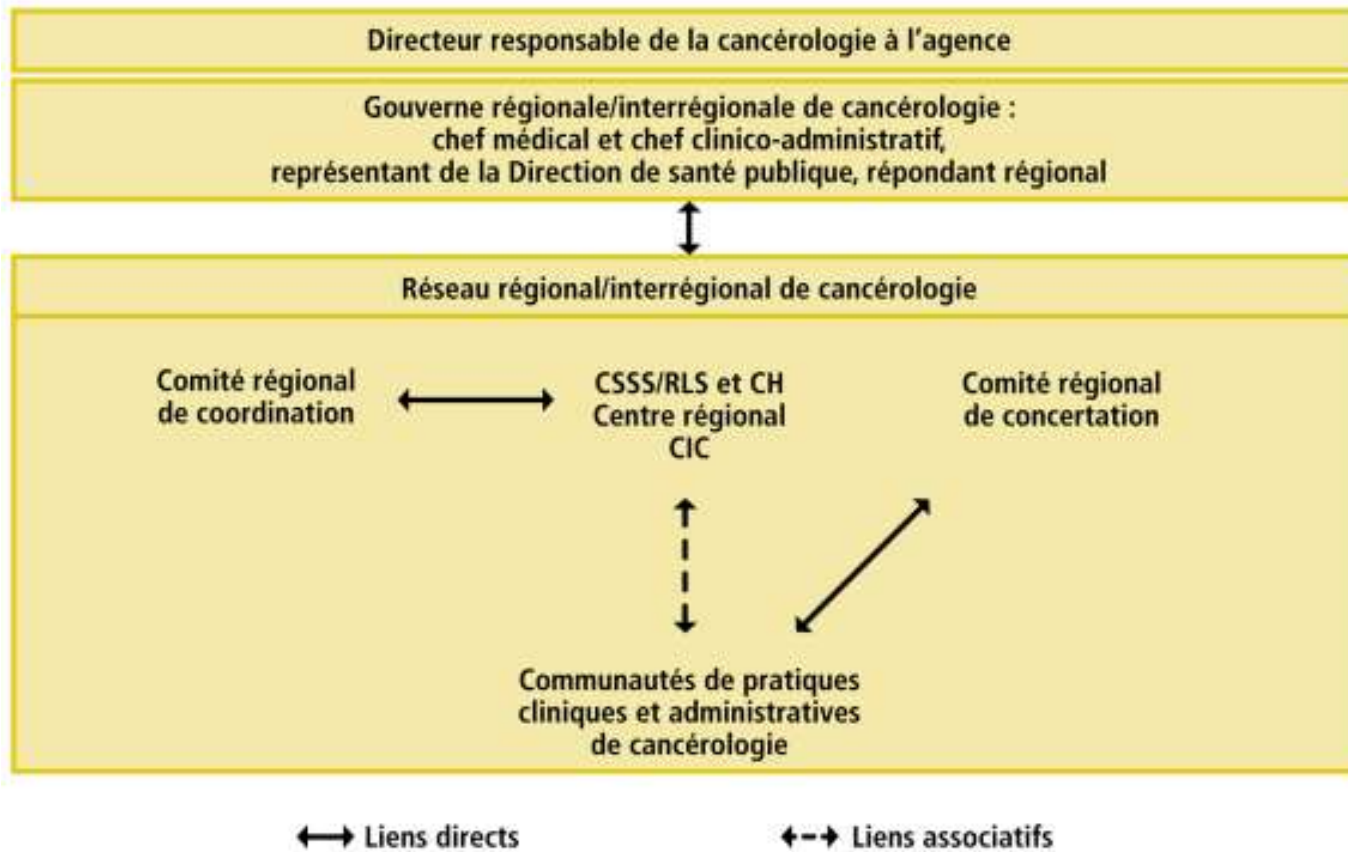
Les personnes présentes ont donc statué sur l'importance de mettre en place un comité stratégique, un comité de coordination de lutte contre le cancer pour la région de Lanaudière et trois sous-comités : un sous-comité scientifique, un sous-comité santé publique et un sous-comité soins palliatifs. Aux besoins et selon l'évolution du dossier, d'autres sous-comités pourraient se former, qu'il s'agisse d'un sous-comité regroupant des usagers ou des proches, des experts, des groupes de professionnels (ex. : sous-comité **IPO**, sous-comité intervenante sociale), des acteurs d'horizons différents autour d'un même sujet (ex. : dépistage du cancer colorectal), etc. D'ailleurs, en avril 2012, un sous-comité Registre québécois du cancer (RQC) – Registre local de cancer (RLC) a été mis en place.

La figure I illustre le modèle structurel retenu.

En décembre 2011, la DQC publiait son Plan directeur. À l'intérieur de ce document, la DQC affirme que le système de santé doit opérer une évolution significative à tous les paliers pour maximiser les chances de vaincre le cancer tout en étant efficient. Pour ce faire, il assure être nécessaire de dépasser les frontières organisationnelles et de créer des liens de concertation et de coordination entre les équipes, les professionnels, les administrateurs, et ce, à tous les niveaux (local, régional et national).

Afin d'enraciner cette coordination et cette concertation en cancérologie à tous les paliers du système de santé, la DQC propose de formaliser le réseau de cancérologie du Québec (RCQ) que voici :

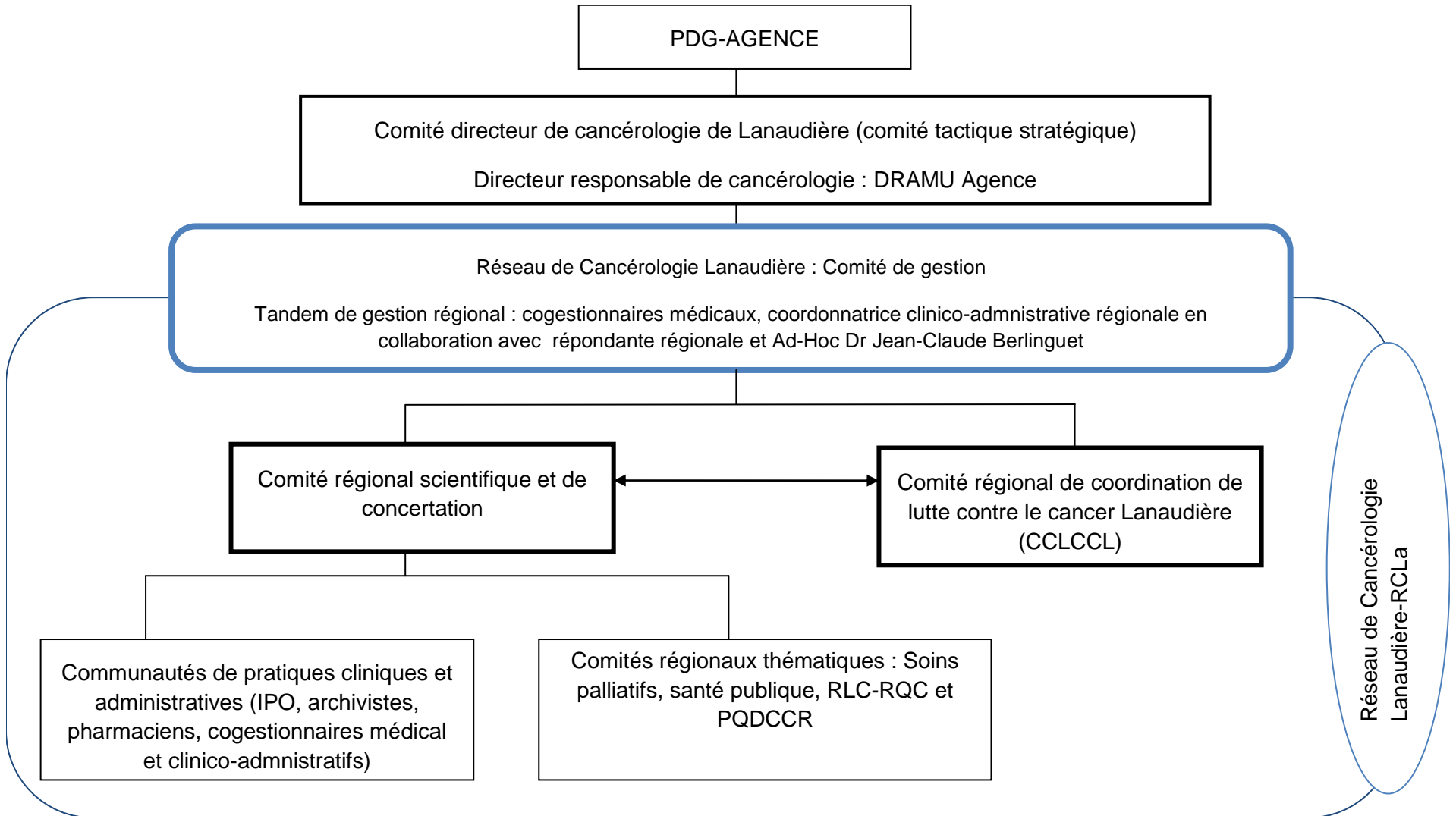
**Figure I**  
**Les liens régionaux/interrégionaux en cancérologie**



Afin de se conformer davantage aux attentes de la DQC en matière de gouverne, quelques modifications et ajouts devront être apportées tant au niveau local que régional. Il en sera d'ailleurs question dans les chapitres suivants lorsque sera abordé l'axe 1 du PQLC soit la consolidation des assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée de la lutte contre le cancer.

Comme convenu par la DQC, la gouverne de cancérologie relève au sein de l'Agence d'un directeur, soit le directeur régional des affaires médicales et universitaires. La gouverne de cancérologie au niveau régional se régit en cogestion médicale et clinico-administrative.

**Figure II**  
**GOUVERNE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER**  
 Définition de la structure de gouverne dans la lutte contre le cancer pour la région de Lanaudière



## 3. 2 Le mandat, la composition, les responsables et le fonctionnement des comités et sous-comités

### 3. 2 .1 Le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière (CSLCCL)

Le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière (CSLCCL) a comme mandat de définir les orientations régionales en matière de lutte contre le cancer et les stratégies d'implantation associées, de même que discuter de la gestion des ressources engagées. Avec la désignation du **centre régional de cancérologie (CRC)** de la région de Lanaudière, le mandat du CSLCCL a été élargi, tout en conservant sa composition, afin que celui-ci soit responsable de la gestion stratégique du CRC.

Il est formé de trois directeurs de l'agence, soit le directeur régional des affaires médicales et universitaires, le directeur régional de santé publique et le directeur des services sociaux. À ceux-ci se joignent les directeurs des services professionnels et des affaires médicales des CSSS de même que les directeurs des programmes de santé physique. De plus, le leader médical régional et le répondant régional de la lutte contre le cancer à l'Agence participent également à ce comité.

Les responsables de ce comité sont les directeurs de l'Agence. Les membres de ce comité se réunissent deux fois par année. Les rencontres seront animées à tour de rôle par l'un des responsables du comité. Les membres de ce comité se réunissent de 2 fois par année.

### 3. 3 .1 Le comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL)

**Le mandat du comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL) est :**

- De concevoir le programme régional de lutte contre le cancer à partir des orientations du programme québécois de lutte contre le cancer et des orientations régionales retenues par le CSLCCL et soutenir sa mise en œuvre;
- De participer à l'identification des besoins en matière de lutte contre le cancer et de proposer des solutions adaptées aux réalités lanaudoises;
- De promouvoir au sein des organisations de la région une vision commune du continuum de la lutte contre le cancer qui s'appuie sur le fonctionnement en réseau et le travail en interdisciplinarité;
- D'assurer un leadership régional dans la lutte contre le cancer;
- De participer à l'identification et à la mise à contribution de l'expertise;
- De proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes dans l'ensemble du continuum de services;
- De proposer des modalités pour une utilisation concertée des ressources régionales;
- De fournir un éclairage sur des aspects cliniques, scientifiques et administratifs;
- D'évaluer les besoins de formation;
- De proposer des mesures d'évaluation;

- De recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population de sa région.

De plus, les membres du CCLCCL ont été associées à la gestion opérationnelle du CRC, aux processus d'amélioration de la qualité, au développement de normes, de repères (*benchmarks*) et d'indicateurs, ainsi qu'à l'analyse de leurs données et à leur diffusion le cas échéant.

**Ce comité est composé du ou des :**

- Cogestionnaire administratif du programme de lutte contre le cancer, CSSSNL et CSSSSL
- Cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer, CSSSNL et CSSSSL
- Représentant du département de chirurgie, CSSSNL et CSSSSL
- Représentant du comité régional du mécanisme d'accès, DRAMU-ASSSL
- Leader médical régional, DSP-ASSSL
- Répondant régional de la lutte contre le cancer, DRAMU-ASSSL
- Représentants du comité scientifique et de concertation, du sous-comité santé publique et du sous-comité soins palliatifs

Dans l'avenir, pertinence de joindre au comité d'autres personnes, comme : des représentants du secteur du diagnostic (ex. : biochimie, anatomopathologie, radiologie, microbiologie, hématologie), des pharmaciens en oncologie, des personnes atteintes ou des proches seront évaluées.

Les responsables du CCLCCL sont les leaders médicaux régionaux et le répondant régional de la lutte contre le cancer à l'Agence. Les membres de ce comité se réunissent de 4 fois par année.

### 3.4.1 Le comité scientifique et de concertation

**Le sous-comité scientifique regroupe, pour sa part, des experts médicaux dont au moins :**

- Un hémato-oncologue de chacun des CSSS;
- Un chirurgien;
- Un pharmacien;
- Un médecin de santé publique;
- Des leaders médicaux régionaux, ASSSL.

**Ce sous-comité a comme mandat :**

- D'informer le CCLCCL des avancées importantes en oncologie pouvant avoir des répercussions sur l'organisation des services;
- De supporter, au besoin, les demandes de développement reliées;
- De valider que la teneur du plan d'action et des projets repose sur des données probantes;

- De favoriser la recherche ou l'accès aux projets de recherche dans la région;
- De faire des recommandations pour que les standards de qualité de la pratique en oncologie soient maintenus dans la région;
- De faire des recommandations sur les analyses de pratique en oncologie, via les comités d'évaluation de l'acte ou d'autres instances;
- De faire des recommandations sur la formation continue des médecins, pharmaciens et autres professionnels dans la région, dans le domaine de l'oncologie.

Les membres de ce comité identifient un représentant au sein de leur groupe qui participe aux rencontres du CCLCCL. Les membres de ce comité se réunissent au besoin. Les rencontres sont animées par le leader médical régional. Les membres de ce comité se réunissent de 4 fois par année.

### 3. 5 .1 Le sous-comité santé publique

#### **Le sous-comité santé publique est composé :**

- Du leader médical régional (Médecin), Agence –DSP;
- du répondant régional habitudes de vie, Service prévention et promotion de la DSP;
- Du directeur ou coordonnateur du volet santé publique, CSSSNL;
- Du directeur ou coordonnateur du volet santé publique, CSSSSL;
- D'un agent de planification, de programmation et de recherche, Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP (ad hoc);
- D'un agent de planification, de programmation et de recherche, Service en prévention contrôle des risques d'origine biologique et environnementale de la DSP (ad hoc);
- D'un agent de planification, de programmation et de recherche, Service de santé au travail de la DSP (ad hoc).

#### **Le sous-comité santé publique a comme mandat de :**

- Contribuer à l'élaboration du programme régional de la lutte contre le cancer en s'assurant de la prise en compte du volet promotion, prévention et dépistage;
- Planifier et soutenir la mise en œuvre des activités en lien avec la lutte contre le cancer retenues dans le Programme national de santé publique (mise à jour 2008) et le plan d'action régional de santé publique (2000-2012);
- Faire des recommandations pour la coordination des activités de santé publique en lien avec la prévention, la promotion et le dépistage du cancer;
- Éclairer le CCLCCL sur les meilleures pratiques en santé publique.

Les membres de ce comité identifient un représentant au sein de leur groupe qui participe aux rencontres du CCLCCL. Les membres de ce comité se réunissent au besoin. Les rencontres sont animées par le leader médical régional.

#### **Le sous-comité soins palliatifs est composé :**

- D'un médecin en soins palliatifs, CSSSNL et CSSSSL;
- D'une Infirmière dédiée en soins palliatifs, CSSSNL et CSSSSL;
- D'une intervenante sociale en soins palliatifs, CSSSNL et CSSSSL;
- D'un médecin omnipraticien (Hors CH), RLS de Lanaudière-Nord et Sud;
- Du directeur de la Maison Adhémar Dion;
- Du directeur d'un organisme communautaire (ex. : Cancer-Aide Lanaudière, Albatros 14 Lanaudière inc., Aux couleurs de la vie Lanaudière);
- D'un pharmacien, pharmacie communautaire RLS de Lanaudière-Nord et de Lanaudière-Sud;
- Du répondant régional de la lutte contre le cancer, ASSSL-DRAMU;
- D'un agent de planification, de programmation et de recherche, Agence-DSS (ad hoc).

#### **Afin d'assurer une réponse aux besoins spécifiques des clientèles des soins palliatifs et en fin de vie, ce sous-comité a comme mandat :**

- De tracer le portrait des soins palliatifs et de fin de vie offert dans la région;
- De faire connaître les besoins des clientèles des soins palliatifs et en fin de vie;
- De recommander au CCLCCL un modèle d'organisation de services pouvant répondre aux besoins de la clientèle des soins palliatifs et en fin de vie;
- De planifier et soutenir la mise en œuvre des orientations régionales qui concernent les soins palliatifs et de fin de vie;
- D'éclairer le CCLCCL sur les meilleures pratiques dans le domaine des soins palliatifs.

Les membres de ce comité identifient un représentant au sein de leur groupe qui participe aux rencontres du CCLCCL. Les membres de ce comité se réunissent au besoin. Les rencontres sont animées par le répondant régional de la lutte contre le cancer.



## 4. LE BILAN DE L'ATTEINTE DES CIBLES DU PLAN D'ACTION 2004

Dans cette section, pour chacun des axes d'interventions des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, les principales réalisations au niveau du Québec et de Lanaudière seront présentées.

### 4.1 Axe d'intervention 1 : Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée

#### Objectif 1.1 - Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et de services

##### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
1 Analyser les projets cliniques des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie, et au suivi de deuil.	Remplacée par le programme régional.	Remplacée par le programme régional.
2. Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque centre hospitalier engagé dans la lutte contre le cancer.	Augmentation progressive du nombre d'établissements ayant développé un plan d'action, passant de 73 % en 2009-2010 à 80 % en 2010-2011.	Le CSSSSL et le CSSSNL n'ont pas élaboré de programme de lutte contre le cancer.
3. Poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer.	En cours.	

## **Objectif 1.1 Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et de services**

L'élaboration du PARLC et son adoption, en mars 2004, par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, maintenant nommée Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSSL) a nécessité la mise en place du CRLCL (décembre 2002) ainsi que la production et l'analyse critique d'un état de situation régional en lien avec le cancer (février 2003). Afin de présenter et de diffuser le PARLC aux partenaires concernés, un plan régional de communication/réseau fut aussi élaboré (mars 2004).

Les membres du CRLCL publièrent également un document intitulé « Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans Lanaudière », qui décrivait les principaux éléments du modèle d'intégration des services de lutte contre le cancer retenu pour la région de Lanaudière (février 2004). Afin de procéder à l'implantation de ce réseau intégré en oncologie dans la région, la mise sur pied d'un comité régional d'implantation d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie et d'intervenants pivots ainsi que l'élaboration d'un plan d'implantation figuraient parmi les actions retenues dans le PARLC. Cependant, ni ce comité ni ce plan d'action n'ont vu le jour.

Qui plus est, les membres du CRLCL Lanaudière ont cessé de se réunir en 2005. En l'absence d'un comité régional de lutte contre le cancer et de mécanismes de suivi et d'évaluation du PARLC, aucun suivi n'y a été effectué.

Suite à la publication des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* de la DLCC du MSSS, l'Agence a entrepris une démarche afin de planifier de manière concertée les actions dans le dossier de la lutte contre le cancer. Le 29 novembre 2010 avait lieu une première rencontre réunissant des représentants des deux CSSS de la région, soit celui du nord et celui du sud. Cette rencontre avait pour objectif de discuter de la démarche à retenir pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'un programme régional de lutte contre le cancer ainsi que de la gouvernance dans ce dossier. C'est ainsi qu'un comité stratégique de lutte contre le cancer (CSLCCL) et un comité de coordination de lutte contre le cancer (CCLCCL) furent mis en place. On ajoute à cela quatre sous-comités (scientifique, santé publique, soins palliatifs et REC-RLC). Pour plus d'informations, consulter la section 3.2 intitulée « Le mandat, la composition, les responsables et le fonctionnement des comités et sous-comités ».

La première rencontre des membres du comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL) a eu lieu le 3 février 2011 et celle des membres du comité stratégique (CSLCCL) le 14 septembre 2011. Le tableau 19 indique le nombre de rencontres de chacun des comités et sous-comités en 2010-2011 et 2011-2012.

**Tableau 19**  
**Nombre de rencontres des comités et sous-comités de lutte contre le cancer 2010-2011 et 2011-2012**

Comités ou sous-comités	Nombre de rencontres	
	2010-2011	2011-2012
Comité stratégique de lutte contre le cancer (CSLCL)	0	1
Comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière (CCLCCL)	1	8
Sous-comité scientifique	0	2
Sous-comité santé publique		
Sous-comité soins palliatifs	0	3

En septembre 2013, tant au CSSSNL qu'au CSSSSL, il n'y a pas de **comités de coordination et d'implantation d'un programme local de lutte contre le cancer**. Cependant à deux reprises des comités se sont formés de façon temporaire au CSSSNL, une première fois au moment d'élaborer le projet clinique de Lutte contre le cancer et soins palliatifs (fin des travaux en en mai 2006) et une seconde fois pour rédiger une proposition de projet intitulée : « Programme de lutte contre et cancer et soins palliatifs » (déposé à l'Agence en avril 2009).

De plus, ni le CSSSNL ni le CSSSSL n'ont élaboré de programme de lutte contre le cancer (pour plus d'information, consulter la section 2.2.4 qui présente l'état d'avancement des programmes, projets cliniques et plans d'action de lutte contre le cancer et soins palliatifs).

Par contre, les deux établissements ont désigné un directeur responsable des activités de lutte contre le cancer.

---

*Au Québec, en 2010-2011, 83 % des 92 établissements du Québec qui offrent des soins et des services aux patients atteints de cancer ont mis sur pied un comité de coordination des activités de lutte contre le cancer, 80 % ont dressé un plan d'action de lutte contre le cancer et 92 % ont désigné un directeur responsable des activités de lutte contre le cancer.*

Source : *DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. Rapport d'activités 2010-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 43 p.

---

## Objectif 1.2 - Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
4 Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.	Identification des centres spécialisés en cancer au Québec; une étape essentielle pour le fonctionnement des réseaux régionaux.	Le 11 mai 2012, l'Agence recommandait à la DQC la désignation d'un <b>centre spécialisé de cancer</b> , dirigé par le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière, formé d'un consortium d'établissement. Ces établissements étant le CSSSNL et le CSSSSL.
5 Terminer la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement engagé dans la lutte contre le cancer.	1 <sup>er</sup> cycle finalisé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 52 équipes de niveau local;</li> <li>• 7 équipes de niveau régional;</li> <li>• 67 équipes de niveau suprarégional.</li> </ul>	<b>L'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer</b> du CSSSNL a été désignée par l'équipe d'expert du MSSS avec maintien conditionnel au dépôt d'un programme local de lutte contre le cancer. Celle du CSSSSL, en place depuis septembre 2004, a reçu du MSSS sa désignation en mai 2008.
6 Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la première ligne et les soins spécialisés et ultraspécialisés.	Reportée	Dans la région, différents corridors de services intra et interrégionaux ont été mis en place de manière informelle. Un seul a fait l'objet d'une entente formelle soit celui de radio-oncologie entre les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière.

## **Objectif 1.2** *Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer*

En novembre 2011, la DQC écrivait à l'Agence, lui demandant de recommander le **centre spécialisé en cancer** de la région de Lanaudière ainsi que les noms des directeurs médical et clinico-administratif en oncologie de ce centre.

Le 26 janvier dernier, l'Agence organisait une rencontre régionale pour discuter d'un modèle régional d'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer. Le Dr Antoine Loufti, alors directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC), Mme Brigitte Laflamme, directrice adjointe de la DQC ainsi que M. Charles Boily et M. Mario Corriveau de la DQC étaient présents afin de faire le point sur les orientations et les objectifs du MSSS dans ce dossier. Le DQC y a aussi exprimé clairement son désir qu'un seul centre spécialisé de cancer soit désigné pour la région de Lanaudière.

Étaient invités à cette rencontre, les représentants de chacun des CSSS. Plus d'une vingtaine de personnes étaient présentes.

Lors de cette rencontre, les membres du CCLCCL ont tracé un portrait des enjeux et des défis propres à la région de Lanaudière dans le dossier de la lutte contre le cancer. Ils ont également présenté les principes à la base du modèle lanaudois d'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer, principes élaborés par les membres du comité.

L'idée de créer un centre spécialisé de cancer formé d'un consortium d'établissements a alors été discutée.

Le 29 février 2012, les membres du CCLCCL se sont réunis afin de faire un retour sur la rencontre du 26 janvier. Ils se sont alors mis d'accord pour recommander à l'Agence la désignation d'un centre spécialisé de cancer formé d'un consortium d'établissements (ces établissements étant le CSSS du nord de Lanaudière et le CSSS du sud de Lanaudière), et ce, sous réserve de l'implantation dans la région des registres locaux de cancer, essentiel afin de disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer, et de la désignation d'une équipe spécialisée de lutte contre le cancer au sein de chacun des CSSS, suite au processus d'évaluation qui devrait s'amorcer à l'automne 2012.

De plus, plutôt que de nommer un directeur médical et un directeur clinico-administratif en oncologie, les membres du CCLCCL ont recommandé que ce centre soit dirigé par la structure de gouverne lanaudoise de lutte contre le cancer, mise en place il y a quelques mois.

Le 15 février 2012, les directeurs généraux des CSSS, la présidente-directrice générale de l'Agence et son adjointe, le directeur régional des affaires médicales et universitaires, la leader médicale régionale et la répondante régionale du dossier de la lutte contre le cancer se sont rencontrés pour discuter de la désignation du centre spécialisé de cancer, de sa structure, de son mandat, de sa gouverne, de son fonctionnement, etc.

Suite à cette rencontre, les directeurs généraux des CSSS ont fait parvenir une lettre à l'Agence à l'intérieur de laquelle ils confirment leur position favorable à l'égard d'un modèle d'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer reposant sur la création d'un consortium composé du CSSS du nord de Lanaudière et du CSSS du sud de Lanaudière.

Le 27 mars 2012, lors de la séance régulière du conseil d'administration de l'Agence, les membres ont résolu de recommander à la DQC la désignation d'un centre spécialisé de cancer dans la région de Lanaudière, formé d'un consortium d'établissements soit : le CSSS du nord de Lanaudière et le CSSS du sud de Lanaudière.

Le 11 mai 2012, l'Agence recommandait à la DQC la désignation d'un centre spécialisé de cancer, dirigé par le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière, formé d'un consortium d'établissement. Ces établissements étant le CSSSNL et le CSSSSL.

En avril 2005, le CSSSNL recevait la visite du groupe-conseil pour la désignation de son équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. Le groupe-conseil a recommandé unanimement la désignation de l'équipe du CSSSNL avec maintien conditionnel au dépôt d'un programme local de lutte contre le cancer. Les principaux éléments du rapport d'évaluation du groupe-conseil se trouvent à l'annexe 6. Cependant, cette condition n'ayant jamais été respectée, la désignation officielle n'a jamais été émise. En 2010-2011, l'équipe interdisciplinaire du CSSSNL a été consolidée.

---

*Une première évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer a été effectuée de 2005 à 2009. Parmi les 155 établissements ou équipes visités à travers la province, 126 (81 %) ont reçu une désignation qui atteste leur conformité au fonctionnement en interdisciplinarité et la qualité des soins et des services qu'ils offrent aux personnes atteintes de cancer (52 équipes locales désignées, 7 équipes régionales et 67 équipes suprarégionales). Un second cycle d'évaluation débutera à l'automne 2012.*

Source : *DIRECTION QUÉBÉCOISE DU CANCER. Rapport d'activités 2010-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 43 p.

Le tableau 20 indique la composition actuelle de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSNL.

**Tableau 20**  
**Composition de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSNL - Septembre 2012**

Titre	ETC
Hémato-oncologue	3
Chef de programme lutte contre le cancer et soins palliatifs	1
<b>IPO</b>	2
Assistante infirmière-chef	0
Infirmière clinicienne	0
Infirmière et infirmière auxiliaire	3
Nutritionniste	0.6
Intervenante sociale	0.6
Pharmacien	0.8
Psychologue	Sur demande
Technicien en pharmacie	1,6
Agent administratif classe 2 et 3	2

D'autres personnes collaborent avec l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSS du Sud de Lanaudière, il s'agit d'agents de la pastorale, de bénévoles (présents 2 jours/semaine et plus), de dentistes, de psychiatre, de représentants des patients, de représentants des d'organismes communautaires, etc.

L'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer au CSSSSL a été mise en place le 14 septembre 2004. Le CSSSSL a reçu la visite du groupe-conseil en mai 2005. Ces membres ont recommandé unanimement la désignation de l'équipe du CSSNL. Les principaux éléments du rapport d'évaluation du groupe-conseil se trouvent à l'annexe 6. Le CSSSSL a reçu du MSSS sa désignation en mai 2008. Cette dernière était en vigueur jusqu'au 15 mars 2012.

Le tableau 21 indique la composition actuelle de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSSSL.

**Tableau 21**  
**Composition de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSSSL - Septembre 2012**

Titre	ETC
Hémato-oncologue	4,8
Chef de programme lutte contre le cancer et soins palliatifs	1
<b>IPO</b>	3
Assistante infirmière-chef	1
Infirmière clinicienne	1,6
Infirmière et infirmière auxiliaire	2,2
Nutritionniste	1
Intervenante sociale	1
Pharmacien	1,8
Psychologue	1
Technicien en pharmacie	1,5
Agent administratif classe 2 et 3	1,8

D'autres personnes collaborent avec l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSSSL, il s'agit d'agents de la pastorale, de bénévoles, de dentistes, de psychiatre, de représentants des patients, de représentants des d'organismes communautaires, etc.

Au CSSSSL, chaque professionnel peut faire une demande de consultation à l'un des membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur peut également faire lui-même la démarche auprès de l'un d'eux.

Au CSSSSL, le jour même de sa visite avec l'oncologue qui confirme la nécessité de traitements, l'infirmière reçoit le patient et sa famille. Cette rencontre permet une évaluation immédiate du contexte que vivent ces personnes. Selon la priorité, l'infirmière peut référer au moment jugé le plus opportun, la clientèle à l'intervenant susceptible de répondre aux besoins. Si nécessaire, une situation jugée urgente sera traitée immédiatement. D'emblée l'oncologue, lors de la consultation, est à même de déceler une situation problématique pour le patient et sa famille. À ce moment il s'assure de référer selon la priorité au professionnel pouvant répondre au besoin. L'intervenant pivot reçoit tous les patients/famille de façon systématique afin de compléter une cueillette de données bio psycho sociale (2005).

Il arrive tant au CSSSSL qu'au CSSSSL, qu'une consultation soit demandée à un membre de l'équipe ou à un professionnel extérieur à celle-ci. Il est donc important de préciser les critères d'orientation (de référence) pour chacun des intervenants paramédicaux et médicaux afin d'optimiser leurs interventions et d'éviter des délais d'attente et des consultations non désirées par le patient. Ces critères d'aide à la décision élaborés en équipe justifient d'orienter un usager au professionnel concerné. Au CSSSSL, ce type de critère a été élaboré pour les références au psychologue, à l'intervenant social et à la nutritionniste. Au CSSSSL, des critères d'orientation ont été élaborés pour les psychologues, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les nutritionnistes.

Parmi les conditions préalables au travail en interdisciplinarité, tel qu'énoncé par les membres du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC) du MSSS, qui publiaient en août 2005, un avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie, figure la présence d'un leadership médico-administratif. Le CSSSNL et le CSSSSL ont tous deux désigné un responsable clinico-administratif et un responsable médical du programme de lutte contre le cancer au sein de leur établissement. À l'Agence, ce modèle a également été retenu, et l'agent de planification, de programmation et de recherche - responsable régional du dossier de la lutte contre le cancer à la DRAMU ainsi qu'un médecin à la DSPE jouent régionalement le rôle de cogestionnaire administratif et médical du programme de lutte contre le cancer.

Afin de soutenir efficacement le travail en interdisciplinarité, les membres du CECILCC ont également fixé des modalités de fonctionnement. Ainsi, différents types de réunions d'équipe ont été prévus, soit des rencontres cliniques interdisciplinaires, des rencontres administratives, des comités des thérapies du cancer (CTC) et des rencontres consacrées au soutien des intervenants.

Au CSSSNL les rencontres cliniques interdisciplinaires ont débuté le 24 avril 2012. Ces rencontres ont lieu aux deux semaines, le mardi de huit heures à neuf heures. Le but de ces rencontres consiste à présenter des patients dont l'apparition ou la récurrence de symptômes ou de situations psychosociales complexes est constatée, c'est-à-dire des problèmes que les cliniciens n'ont pu résoudre dans leurs pratiques habituelles. Ces problèmes biopsychosociaux peuvent aussi se rapporter à des demandes particulières du patient. Ces rencontres réunissent une IPO, un pharmacien, une infirmière de la salle de traitement, une nutritionniste, une intervenante sociale, la chef de programme en oncologie et soins palliatifs. Au besoin, une travailleuse sociale de l'équipe des soins palliatifs et une psychologue peut se joindre à l'équipe. Chacune de ces rencontres nécessite une préparation. L'intervenant qui présente le patient transmet le nom du patient aux membres de l'équipe avant la rencontre afin que chacun puisse se préparer. Lors de la rencontre, l'intervenant présente la situation complexe et un échange se fait entre les membres. Un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est élaboré avec date de suivi.

Au CSSSSL, tous les mercredis, de 7 h 30 à 8 h 30, est organisée une rencontre clinique interdisciplinaire. Les buts de ces rencontres, tels que statué en septembre 2004, sont de faire circuler l'information et de mettre en commun l'expertise de chaque intervenant afin de prodiguer des soins de qualité en oncologie. Ces rencontres réunissent : une nutritionniste, quatre médecins, un pharmacien, un psychologue, un travailleur social, les trois IPO et l'assistant infirmière-chef. Le responsable des rencontres est le chef du programme de la lutte contre le cancer. Cependant, l'assistant infirmière-chef est la personne responsable au niveau opérationnel. À chacune de ces rencontres, un tour de table est effectué afin de faire le suivi des interventions spécifiques entreprises auprès de certains clients selon le plan d'intervention établi par l'équipe. De plus, les médecins et les IPO effectuent la présentation de clients connus qui sont soit hospitalisés ou à l'urgence. De plus, l'équipe médicale et les IPO effectuent la présentation des nouveaux cas de la semaine. Un tour de table est ensuite effectué afin de connaître les besoins présents ou potentiels des nouveaux cas présentés. Certaines interventions spécifiques sont alors planifiées selon les besoins. Lors des débuts des rencontres interdisciplinaires en septembre 2004, il y avait des PII de rédiger pour tous les clients qui avaient fait l'objet de discussions. Cette procédure a été maintenue jusqu'en 2005 puis a pris fin. Depuis août 2011, des PII sont rédigés suite aux rencontres cliniques interdisciplinaires.

Au CSSSNL, en 2011-2012, des rencontres administratives informelles étaient organisées bimensuellement. Ces rencontres avaient lieu ponctuellement. Les buts de ces rencontres étaient le partage d'informations et l'organisation des services. Ces rencontres réunissaient parfois les deux IPO et la chef de programme, les infirmières en salle de traitement avec la chef de programme, les médecins donc variable. De plus, six rencontres aux trois semaines ont été tenues dans le cadre des travaux qualité du Programme Qmentum d'Agrément Canada pour le secteur de services de traitement du cancer et oncologie. À cette période, l'équipe interdisciplinaire n'avait pas encore été mise en place. Le pharmacien, l'infirmière traitante, une infirmière clinicienne, une conseillère clinicienne en soins infirmiers, et une infirmière des services généraux en CLSC participaient à ces rencontres sous la présidence de la chef de programme. Le but de ces rencontres consistait à élaborer un plan d'action en fonction des normes établies par Agrément Canada en vue de la visite d'Agrément Canada en octobre 2011.

Le 17 avril 2012, le CSSSNL tenait sa première rencontre administrative officielle à laquelle participaient les hémato-oncologues, des chirurgiens, deux IPO, le directeur des programmes de santé physique, le coordonnateur des programmes Chirurgie, Endoscopie et Parents-enfants (2<sup>e</sup> ligne) et le chef du programme de lutte contre le cancer et des soins palliatifs. L'implantation de ces rencontres formelles doit se faire au cours de l'année 2012-2013.

Au CSSSSL, les rencontres administratives prennent la forme de différents comités : rencontres entre **IPO** et ASI, comité de travail des **IPO**, comité opérationnel des soins palliatifs, comité clinico-administratif des soins palliatifs, comité de travail de la clinique d'oncologie, comité qualité dans le cadre de l'Agrément.

#### Rencontres administratives **IPO** et ASI.

- Des rencontres administratives regroupant les 3 **IPO** et l'ASI ont lieu aux deux semaines. Le but de ces rencontres... À chacune de ces rencontres... (fonctionnement).

#### Comité de travail des **IPO**.

- Les **IPO** participent à une rencontre administrative aux deux semaines dans les locaux du CSSSSL. Initialement, le mandat de ce comité consistait à procéder à une réorganisation du travail des **IPO** et à planifier le contenu de l'intégration de la troisième **IPO** dont l'arrivée était prévue en janvier 2010. À l'heure actuelle, celui-ci est principalement de s'assurer que le rôle de l'**IPO** s'arrime aux enlignements et aux bonnes pratiques demandées par le MSSS. Ces rencontres sont animées par le chef du programme de la lutte contre le cancer.

#### Comité opérationnel des soins palliatifs.

- Les membres du comité opérationnel des soins palliatifs se réunissent aux 8 semaines dans les locaux du CSSSSL. Le mandat de ce comité, composé des gestionnaires du continuum de la lutte contre le cancer, est de s'assurer du bon fonctionnement du continuum. Il est piloté et animé par le chef du programme de la lutte contre le cancer.

#### Comité clinico-administratif des soins palliatifs.

- Les membres du comité clinico-administratif des soins palliatifs se réunissent aux 8 semaines à la Maison Adhémar Dion. Ce comité regroupe tous les médecins des soins palliatifs œuvrant au sein du CSSSSL et à la Maison Adhémar Dion ainsi que les gestionnaires et les intervenants (pharmaciens, bénévoles, etc.). Ce comité est piloté et animé conjointement par le chef médical des soins palliatifs et le chef du programme de la lutte contre le cancer au CSSSSL. Les rencontres de ce comité se déroulent en deux étapes. La première étape porte sur la discussion de sujets clinico-administratifs interdisciplinaires. La deuxième étape porte sur la discussion de sujets qui concernent l'équipe médicale.

#### Comité de travail de la clinique d'oncologie.

- Ce comité se réunit ad hoc lors de problématiques dans l'organisation du travail. En 2010-2011, ces membres se sont réunis régulièrement à raison d'une fois par mois. Le mandat était alors de réorganiser le travail afin de mettre sur pied la planification des traitements sur deux jours. Le chef du programme anime les rencontres. Ce comité est composé d'une **IPO**, d'une infirmière en salle, d'un médecin, d'un pharmacien et d'une agente administrative. Ces rencontres ont lieu au CSSSSL.

### Comité qualité dans le cadre de l'Agrément.

- Ce comité créé en mai 2010, s'est réuni à 5 reprises entre la date de sa création et octobre 2010. Les rencontres ont eu lieu dans les locaux du CSSSSL. Le but de ces rencontres était de rédiger les plans d'action qualité pour le service de l'oncologie en prévision de la visite de l'Agrément qui aura lieu en juin 2011. Il est composé du chef de programme, d'une **IPO**, d'une infirmière en salle de traitement, de l'assistante infirmière chef, d'une nutritionniste, d'une travailleuse sociale, d'une psychologue et d'un pharmacien. Ces rencontres étaient animées par le chef du programme de la lutte contre le cancer. Il sera en évolution suite à la visite de l'Agrément. Le mandat sera de poursuivre l'instauration d'une culture de sécurité au sein de l'équipe de l'oncologie.

Tant au CSSSNL qu'au CSSSSL, un comité des thérapies du cancer (CTC) est actif.

Au CSSSNL, les membres de la clinique des tumeurs (qui est un CTC) se réunissent de seize heures (16) à dix-sept (17 heures) un mercredi sur deux, de septembre à juin, à la salle de rencontre du service d'hémo-oncologie afin de discuter du traitement de cas complexes de tumeurs. Il y a généralement relâche durant l'été. La composition de ce comité est généralement formée des chirurgiens, des hémo-oncologues, d'un radio-oncologue, de deux infirmières pivots en oncologie, du pharmacien en oncologie. Les radiologistes et les pathologistes y participent également de même que les médecins des soins palliatifs. D'autres médecins (gynécologue, pneumologue ou médecin de famille) pourraient se joindre au groupe de façon ponctuelle. Un chirurgien agit à titre de président de ce comité.

Afin d'assurer une meilleure coordination des activités de ce comité, il y a eu l'ajout de l'agente administrative du CMDP permettant d'adopter un nouveau mode de fonctionnement depuis septembre 2012. Tout d'abord une convocation initiale sous forme de lettre est envoyée à tous les médecins du CSSSNL ainsi qu'aux infirmières et aux pharmaciens concernés chaque année en septembre avec les dates prédéterminées.

Le médecin qui désire discuter d'un cas est responsable de transmettre le numéro de dossier du patient, le nom du médecin de famille et les consultants concernés à l'agente administrative quarante-huit (48) heures avant la réunion. L'agente administrative transmet une convocation pour chaque réunion avec tous les numéros de dossier la journée précédant le comité. Elle s'assure de faire sortir les dossiers des archives et de les retourner. Après la rencontre, le médecin qui présente le cas est responsable de rédiger l'histoire du cas ainsi que la conduite choisie par les membres du comité. Par la suite l'agente administrative rédigera le procès-verbal final de chaque cas et l'original sera versé au dossier du patient alors qu'une copie sera envoyée aux médecins de famille et consultants concernés.

De plus, deux (2) fois par année en octobre et avril, un formulaire d'évaluation de l'activité sera distribué par l'agente administrative.

Comme il s'agit d'une activité admissible à une unité de formation, agréée par le Collège Royal des Médecins et chirurgiens du Canada, les différents intervenants reçoivent une attestation de leur présence basée sur le cahier des signatures afin qu'ils puissent réclamer les crédits pour cette activité accréditée. L'agente administrative rédige les attestations annuelles de présence.

Le Tumeur Board du CSSSSL est un **CTC** qui se réunit aux deux semaines. Il est ouvert aux chirurgiens, aux pathologistes, aux médecins radiologistes, aux gastro-entérologues, aux oncologues, aux **IPO**, à l'assistante infirmière chef, à l'**IPO** en pneumologie, aux radio-oncologues, à la travailleuse sociale, à la nutritionniste, à la psychologue et aux pharmaciens (représentation à tour de rôle). L'animateur et responsable de ce comité est un oncologue. Les médecins qui ont des cas à discuter en informent la secrétaire du CMDP la semaine précédant le **CTC**. Les cas sont alors insérés à l'ordre du jour. La rencontre se déroule selon l'ordre du

jour. Tous les médecins présents ont pris connaissance des dossiers des clients à discuter avant la rencontre et chacun donne son opinion à tour de rôle. Il y a un secrétaire de nommer à chaque rencontre afin de rédiger un compte rendu de la rencontre. Le compte rendu est dicté et la secrétaire du CMDP qui l'envoie aux membres par courriel. Le compte rendu des discussions en regard des clients discutés est intégré dans le dossier du client (entente avec les archives). Les heures des médecins lors de la participation à ce comité sont reconnues. Le médecin qui présente le cas à discuter demande l'avis de l'équipe. La décision est appliquée. C'est un comité très interactif.

Dans la région de Lanaudière, il n'y a pas de **CTC** suprarégional constitué par siège tumoral.

Ni le CSSSNL ni le CSSSSL n'organisent de rencontres de soutien pour le personnel.

Dans la région, différents corridors de services intra et interrégionaux ont été mis en place de manière informelle. Un seul a fait l'objet d'une entente formelle soit celui de radio-oncologie entre les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière.

Au Québec, quelques centres hospitaliers offrent à leurs usagers des services de radio-oncologie. Actuellement, dans la région de Lanaudière les deux centres hospitaliers, soit le CHPLG et le CHRDL, n'offrent pas ce type de services. Ainsi, les personnes atteintes de cancer résidant dans Lanaudière qui nécessitent des traitements de radio-oncologie doivent se déplacer vers une autre région pour recevoir ces traitements. En 2010, le MSSS a procédé à la révision des corridors de desserte en radio-oncologie afin de favoriser l'équilibre des volumes d'activités parmi les centres, assurant ainsi une utilisation efficiente des ressources disponibles, en respect des diverses missions d'établissements, notamment pour les volets formation, recherche et développement de la technologie. Selon la desserte proposée, 65 % de la clientèle de Lanaudière Nord est la suivante recevront leurs traitements de radiothérapie au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) (ce qui respecte la consommation réelle de 2009-2010) et 35 % recevront leurs traitements de radiothérapie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Pour ce qui est de la clientèle de Lanaudière-Sud, 85 % recevront leurs traitements de radiothérapie à HMR et 15 % recevront leurs traitements de radiothérapie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval (Patients de Terrebonne et Mascouche, actuellement investigués et traités l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval). Il est à noter qu'une variation de 10 à 15 % au niveau des volumes attendus est prévisible.

Afin de procéder à la mise en application de ce scénario, suite à l'ouverture des centres de radio-oncologie de Montérégie et de Laval, les agences et les établissements concernés doivent procéder à la signature d'entente formelle de corridors de services. Une entente formelle a déjà été signée entre les agences de la Mauricie-Centre-du-Québec et de Lanaudière ainsi que le CSSSNL et le CHRTR. Reste à signer les ententes avec la région de Montréal.

En lien avec ces corridors de services, depuis maintenant quelques années, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, engagée dans la lutte contre le cancer, s'est dotée d'une Politique régionale de déplacement des usagers pour traitement de radio-oncologie hors région. Cette politique a pour objectif d'accorder une aide financière aux usagers de Lanaudière qui doivent se déplacer dans une autre région pour recevoir des traitements de radio-oncologie et qui ne peuvent assumer les frais occasionnés pour le séjour, soit les frais de repas et d'hébergement. Ainsi, l'Agence souhaite diminuer le nombre de personnes qui abandonnent leur traitement pour des raisons financières. En octobre 2010, suite à différents changements survenus au cours des dernières années et à plusieurs commentaires, notamment la part des intervenantes sociales des CSSS de la région qui travaillent auprès des usagers, l'Agence procédait à la mise à jour de cette politique.

En mai 2011, le comité d'oncologie du RUIS de l'UdeM publiait un document intitulé « Recommandations concernant le regroupement des cancers à faible volume et des cancers rares ». Comme inscrit dans ce document.

« Même si l'objectif d'un réseau intégré de soins a pour but de permettre aux patients de bénéficier du meilleur niveau de soin le plus près possible de son milieu de vie, il n'en demeure pas moins que certains types de cancers demandent une expertise de pointe et une équipe dédiée. Ainsi, les professionnels du territoire du RUIS de l'UdeM devraient être en mesure de référer leur clientèle dans des centres reconnus pour obtenir une opinion ou une prise en charge complète ou partielle en fonction du niveau soins et de l'expertise requise. »

Les objectifs de cette démarche étaient de :

1. Reconnaître formellement l'expertise des établissements du RUIS de l'UdeM désignés par la DLCC du MSSS;
2. Favoriser la concentration des cancers à petit volume et des cancers rares afin de permettre de maintenir l'enseignement, la recherche et l'optimisation des ressources;
3. Améliorer la qualité des soins et des services oncologiques à travers le territoire du RUIS de l'UdeM;
4. Améliorer l'information, la formation et l'accès aux professionnels et aux clientèles;
5. Mettre en place des corridors de services formels entre les partenaires du réseau, selon une approche populationnelle et le niveau d'expertise;
6. Réduire les coûts, la duplication des examens, des tests de laboratoire, etc.

À la suite de la diffusion de ce document, les membres du sous-comité scientifique ont entrepris des travaux afin de connaître ces habitudes de références des professionnels de la région pour les cas de cancers rares ou à faible volume, ou de cancers à plus haut volume avec pathologies complexes ainsi que les problèmes rencontrés, s'il y a lieu. Vous pouvez consulter à l'annexe 7, les résultats de leurs travaux.

Ils en sont venus à la conclusion que généralement, ces habitudes de référence sont conformes à ce qui est souhaité par le comité d'oncologie du RUIS de l'UdeM. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont demeure un centre tertiaire de référence très populaire pour les spécialistes de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur et la population qu'ils desservent, étant donné la proximité et l'excellent service. Certains cas sont référés vers Trois-Rivières plutôt que Montréal par les spécialistes du CHRDL, pour une raison d'accessibilité pour le patient, entre autres.

Généralement, les patients sont référés pour leur traitement si :

- Ils demandent une technique chirurgicale particulière de pointe pour laquelle les chirurgiens ne sont pas formés;
- Ils demandent le support chirurgical d'une autre spécialité absente dans l'hôpital;
- Ils demandent une surveillance ou des soins médicaux ou paramédicaux non offerts dans l'hôpital;
- Ils demandent une technique chirurgicale particulière pour laquelle le débit est jugé insuffisant pour maintenir une expertise.

Les facteurs déterminants pour qu'un patient soit référé sont :

- La proximité ou la facilité d'accès pour le patient;
- La disponibilité des spécialistes de référence, la qualité de la communication, et la rétroaction sur les cas faite au spécialiste réfèrent;
- La satisfaction des patients par rapport aux services obtenus, à leur expérience de soins;

- les liens entre les chirurgiens référents et de référence (milieu d'étude du référent, présence d'un lien d'enseignement avec l'établissement de référence, etc.).

**Tableau 22**  
**Corridors de services informels mis en place au CSSSSL**

Corridors de services	Avec quel(s) établissement(s)	Commentaires
Pep scan	HMR et CHRTR	Ces examens sont nécessaires pour la majorité des cancers évolutifs.
IRM du sein	Hôtel-Dieu de Montréal	Depuis octobre 2011, le CSSSNL effectue des IRM du sein
Chirurgie neurologique	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Pour des chirurgies neurologiques et pour des demandes de suivis en neurologie.
Chirurgie thoracique	HMR	Si attente trop longue au CSSSSL. Les chirurgiens en thoracique de notre établissement pratiquent aussi à l'HMR. Ces cas référés sont alors du cas par cas.

Au CSSSNL un corridor de services informel a été mis en place pour les greffes de la moelle osseuse réunissant le CHRDL et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou l'HMR.

## Objectif 1.3 Consolider l'organisation des soins et des services dans la lutte contre le cancer

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations		
	Québec	Lanaudière	
7 Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer, incluant les équipes pour les cancers rares et les problèmes complexes, en vue de leur attribuer un mandat suprarégional.	67 équipes suprarégionales de lutte contre le cancer désignées.	S.O.	
8 Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	Grille d'évaluation pour le 2e cycle d'évaluation en préparation avec l'INESSS.	S.O.	
9 Mettre en place un mécanisme visant à soutenir les agences dans la correction des lacunes observées lors des visites d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	Indicateurs développés et documentés par la Gestion de la reddition de comptes (GESTRED); suivis appropriés.	Suivis via GESTRED.	
10 Optimiser le nombre d' <b>infirmières pivots en oncologie (IPO)</b> .	Augmentation de 34 % du nombre d' <b>IPO</b>		
		<b>2006-2007</b>	<b>2010-2011</b>
	Nb d' <b>IPO</b> (équivalents temps complets, ETC)	167	252
	Proportion de ces <b>IPO</b> qui se consacrent 4 à 5 jours par semaine à leur fonction	65 %	82 %
11 Optimiser l'accès aux services de soutien psychosocial.	Publication en mars 2011 du rapport du Comité d'oncologie psychosociale, qui détermine le panier minimum de services psychosociaux en oncologie selon son prestataire et sa priorité d'implantation.	L'Agence a diffusé aux établissements le rapport du Comité d'oncologie psychosociale, qui détermine le panier minimum de services psychosociaux en oncologie selon son prestataire et sa priorité d'implantation.	
12 Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	Activités de formation soutenues par les agences		
		<b>Activités de formation sur l'interdisciplinarité</b>	
		<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>
	Nb d'agences	14	13
		À ce jour, l'Agence de Lanaudière n'a pas offert d'activités de formation sur l'interdisciplinarité.  En 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, le CSSSSL et le CSSSNL ont offert aux intervenants du secteur de lutte contre le cancer de leur établissement des activités de formation sur le thème de l'interdisciplinarité (ex. formation spécifique, activités de réflexions, coaching).	

### **Objectif 1.3**      **Consolider l'organisation des soins et des services dans la lutte contre le cancer**

En 2010-2011, le CSSSNL pouvait compter sur les services d'une seule **infirmière pivot en oncologie (IPO)** à temps complet. Depuis plusieurs années un seul **IPO** exerçait ses fonctions au CSSSNL, mais le 27 mars 2011, une seconde **IPO** a été embauchée.

Les **IPO** en fonction au CSSSNL sont accessibles du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

En 2010-2011, l'**IPO** en poste au CSSSNL a vu ou discutés au téléphone avec 423 usagers, de ce nombre 248 étaient de nouveaux cas (évaluation initiale complétée). En 2011-2012, les deux **IPO** en poste au CSSSNL ont vu ou discutés au téléphone avec 859 usagers, de ce nombre 362 étaient de nouveaux cas (évaluation initiale complétée).

En 2010-2011 et 2011-2012, le CSSSSL pouvait compter sur les services de trois **IPO** à temps complet. Ces **IPO** sont accessibles du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

En 2010-2011, les 3 **IPO** du CSSSSL ont vu ou discutés au téléphone avec 646 usagers, de ce nombre, 581 étaient de nouveaux cas. En 2011-2012, les 3 **IPO** du CSSSSL ont vu ou discutés au téléphone avec 550 usagers, de ce nombre 441 étaient de nouveaux cas.

Dans les deux établissements, les patients sont référés à l'**IPO** dès l'annonce du diagnostic par le médecin.

*Au Québec, depuis leur désignation, 80 % des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer avec un mandat local et régional et la quasi-totalité des équipes suprarégionales ont bénéficié d'une formation en interdisciplinarité.*

*Source : DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer Bilan des réalisations Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 29 p.*

En 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, le CSSSSL et le CSSSNL ont offert aux intervenants du secteur de lutte contre le cancer de leur établissement des activités de formation sur le thème de l'interdisciplinarité (ex. formation spécifique, activités de réflexions, coaching). En 2011-2012 et 2012-2013, les membres du sous-comité scientifique ont réalisé des travaux en vue de l'organisation d'un colloque régional sur l'interdisciplinarité.

Au CSSSNL, une première formation sur l'interdisciplinarité a eu lieu le 20 juin 2011. Onze personnes (5 catégories d'intervenants : **IPO**, infirmière en salle de traitement, psychologue, intervenant social et nutritionniste) y ont participé. Cette formation intitulée : Sensibilisation à la pratique collaborative était animée par M. Bernard Deschênes, coordonnateur au développement des pratiques interprofessionnelles et à la recherche au CSSSSL. Une seconde formation, animée cette fois-ci par M. Deschênes et M. Robert Vachon, coordonnateur des services multidisciplinaires au CSSSNL, a eu lieu le 17 avril 2012. Intitulée : Fonctionnement

d'une rencontre d'équipe interdisciplinaire, cette formation a réuni 14 personnes (5 catégories d'intervenants : **IPO**, infirmière en salle de traitement, pharmacien en oncologie, intervenant social et nutritionniste).

Le 3 et le 30 novembre 2010, 4 personnes du CSSSSL (infirmière pivot en soins palliatifs, **IPO** et une chef de programme) ont participé aux formations « Le travail en interdisciplinarité 101 » et « Le travail en interdisciplinarité 201 » offertes par le Réseau cancer Montérégie. De plus, au CSSSSL même, une formation sur l'interdisciplinarité a eu lieu le 31 mars 2011. Quarante personnes (5 catégories d'intervenants : **IPO**, infirmière en salle de traitement, psychologue, intervenant social et nutritionniste) de 6 équipes différentes (oncologie, hospitalisation en soins palliatifs, SAD volet soins palliatifs des CLSC Meilleur et Lamater, CHSLD Les Deux Rives volet soins palliatifs et Maison de soins palliatifs Adhémar-Dion) y ont participé.

## 4. 2 Axe d'intervention 2 : Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

**Objectif 2.1 Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, à savoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme, et créer des environnements qui en facilitent l'adoption**

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
13 Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.	<p>Diffusion de diverses campagnes promotionnelles, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Bouger plus, manger mieux!;</li> <li>⇒ Au Québec on aime la vie;</li> <li>⇒ Mettez de la couleur dans votre assiette (campagne promotionnelle associée au programme Fruits et légumes en vedette);</li> <li>⇒ Plaisirs d'hiver;</li> <li>⇒ Rendez-vous d'automne;</li> <li>⇒ Journée nationale du sport et de l'activité physique.</li> </ul>	<p>Depuis 2004, il y a eu au moins six activités de communications et médiatiques par année, en lien avec ces campagnes et la campagne « Vas-y, fais-le pour toi » dans la région.</p>
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 scolaires et de santé, ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Mise en œuvre du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>;</li> <li>⇒ Création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie;</li> <li>⇒ <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir</i>;</li> <li>⇒ Publication du <i>Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées – Miser sur une saine alimentation : une question de qualité</i>;</li> <li>⇒ Publication du <i>Guide d'application du volet alimentation pour un virage santé à l'école</i>;</li> <li>⇒ Publication du document <i>Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé</i>.</li> </ul>	<p>Mise en œuvre d'une politique alimentaire suivant les politiques et orientations ministérielles par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les deux commissions scolaires de la région (des Samares et des Affluents) incluant les services de garde à l'enfance;</li> <li>⇒ tous les établissements de santé de la région.</li> </ul> <p>Colloque régional sur les saines habitudes de vie en 2005 et 2012.</p> <p>Programme « École en santé » dans les écoles primaires et secondaires.</p> <p>Depuis 2004, 74 milieux de travail ont été contactés ou rencontrés et 61 ont été accompagnés dans des activités de promotion des saines habitudes de vie (campagne ou programme).</p>

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
		<p>Activités de sensibilisation/mobilisation sur les saines habitudes de vie dans les organismes communautaires, municipalités, réseau d'économie sociale, etc.</p> <p>Chaque année entre 35 et 70 restaurants de la région ont participé au programme Fruits et légumes en vedette jusqu'en 2012.</p> <p>La formation sur le programme Mieux vivre dans la cour d'école a été donnée à 40 écoles primaires depuis 2004, et 34 l'ont implanté.</p> <p>Il y a eu une tournée régionale d'information sur la norme Entreprise en santé en 2008.</p> <p>Des activités éducatives ou visant la création d'environnements favorables ont été réalisées dans plusieurs milieux de travail.</p> <p>Trois milieux de travail implantent le programme 0-5-30 Combinaison Prévention.</p> <p>Maintien du Mouvement Viactive Lanaudière implanté dans 28 clubs de l'Âge d'Or de la région.</p> <p>Comité régional en sécurité alimentaire de la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TDDSL).</p>
15 Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique (ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives, aménagement urbain favorisant le transport actif, soutien à des réseaux organisés).	Actions principalement mises en œuvre par d'autres ministères et organismes publics avec lesquels le Ministère a développé des relations partenariales.	<p>Création de plusieurs outils pour la promotion de la création d'environnements en milieu municipal.</p> <p>Promotion et application du concept Municipalité active.</p> <p>Programme Famille au jeu (ou autre en lien avec un mode de vie physiquement actif) dans 44 municipalités.</p> <p>Programme de mise en valeur des infrastructures dans 3 municipalités.</p> <p>Mise sur pieds en 2007 du Plateau lanaudois intersectoriel (PLI).</p>

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
<p>6 Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services d'abandon du tabac (centres d'abandon du tabac, ligne téléphonique sans frais et site Internet);</li> <li>• activités de prévention du tabagisme chez les jeunes;</li> <li>• soutien à la mise en œuvre de la Loi sur le tabac;</li> <li>• activités de communication.</li> </ul>	<p>⇒ Mise en œuvre du <i>Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010</i>;</p> <p>⇒ <i>Élaboration et mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme et du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015</i>;</p> <p>⇒ Amendement à la Loi sur le tabac et règlement d'application;</p> <p>⇒ Adoption de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac;</p> <p>⇒ Plusieurs campagnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac;</li> <li>✓ le Défi J'arrête, j'y gagne!;</li> <li>✓ Familles sans fumée;</li> <li>✓ site Internet J'arrête!;</li> <li>✓ les activités de Gangs Allumées;</li> <li>✓ le programme De Facto : La vérité sans filtre;</li> <li>✓ la campagne Grenade et la campagne « Voleurs de Vies »;</li> <li>✓ Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette.</li> </ul>	<p>Mise en œuvre des activités selon l'approche « École en santé ».</p> <p>Activités éducatives en classe de secondaire 1.</p> <p>Le programme La gang Allumée est offert les écoles secondaires et les maisons de jeunes.</p> <p>Spectacle <i>In Vivo</i> offert aux écoles secondaires depuis 2000.</p> <p>Soutien en abandon tabagique spécifique aux adolescents offert dans les milieux des jeunes (écoles ou maisons de jeunes).</p> <p>Services de cessation tabagique à la population générale dans tous les CLSC.</p> <p>Services de dépistage et de référence aux patients hospitalisés et au personnel dans les deux hôpitaux.</p> <p>Ordonnance collective TRN pour les pharmaciens communautaires.</p> <p>Programmes de groupe en cessation tabagique dans les MRC Montcalm, Joliette, l'Assomption et Des Moulins.</p> <p>Tournée régionale d'information sur la norme Entreprise en santé en 2008.</p> <p>Activités éducatives de soutien à la cessation et visant la mise en place d'environnements sans fumée dans plusieurs milieux de travail.</p> <p>Programme 0-5-30 Combinaison Prévention dans trois milieux de travail.</p> <p>Formation ciblée en cessation auprès des médecins en GMF.</p>
<p>17 Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants.</p>	<p>⇒ Déploiement du programme <i>Choisir de maigrir?</i></p> <p>⇒ Rémunération des médecins omnipraticiens pour une intervention de counseling en abandon du tabagisme.</p>	<p>2 sessions <i>Choisir de maigrir?</i> offertes en 2012.</p> <p>Formation sur l'intervention minimale visant à promouvoir les saines habitudes de vie à une quarantaine d'infirmières des services généraux des 2 CSSS en 2006.</p>

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
		<p>Déploiement du programme régional « 7 secondes pour la vie », programme de sensibilisation et de formation des omnipraticiens pour l'intervention en cessation tabagique.</p> <p>Implantation en 2007 d'un programme d'exercices à mobilité réduite pour les personnes de 50 ans et plus en perte d'autonomie dans 22 résidences privées et 5 centres de jour.</p> <p>Programme d'autogestion des soins déployé par chacun des CSSS en collaboration avec l'agence.</p> <p>Implantation dans un GMF de l'évaluation médicale périodique, et planification d'intervention sur l'ensemble du territoire à compléter en 2013.</p>

## **Objectif 2.1 Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, à savoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme, et créer des environnements qui en facilitent l'adoption**

Depuis 2004, il y a eu au moins trois activités de communications et médiatiques par année, en lien avec la campagne « Vas-y, fais-le pour toi », sur la promotion des saines habitudes de vie (incluant *Fruits et légumes en vedette*, le *Mois de la nutrition*, le *Défi Santé 5/30*). Par ailleurs, dans notre région, la promotion d'une saine alimentation fait partie des campagnes de promotion d'un mode de vie physiquement actif. Depuis 2004, il y a eu au moins trois activités de communications et médiatiques par année, en ce qui a trait à la promotion de l'activité physique entre autres dans le cadre des campagnes de Kino-Québec (Rendez-vous d'automne, Plaisirs d'hiver, Journée nationale du sport et de l'activité physique, Concours École Active).

Il y a eu mise en œuvre d'une politique alimentaire suivant les politiques et orientations ministérielles par les deux commissions scolaires de la région (des Samares et des Affluents), et un colloque régional sur les saines habitudes de vie coorganisé par celles-ci et la DSP en 2005 et 2012.

Il y a un travail actif par l'Agence, la DSP et les CSSS pour la mise en œuvre d'une politique alimentaire dans tous les établissements de santé de la région. 100 % des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de notre région (les deux CSSS, les deux Centres de réadaptation, le Centre jeunesse et les CHSLD privés conventionnés) ont adopté leur politique alimentaire. Par contre, la mise en œuvre n'est pas terminée. Le besoin en ressources pour la mise en œuvre de leur politique est difficile à quantifier et variable d'un établissement à l'autre. Sachant qu'ils n'ont obtenu aucun financement et que le coût-aliment sera probablement plus élevé, il serait intéressant d'explorer la possibilité de soutenir les établissements à ce niveau ou au niveau de l'équipement nécessaire pour modifier l'offre alimentaire

La DSP soutient les CSSS dans la réalisation des activités de promotion d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif dans des écoles primaires et secondaires de la région, dans le cadre du programme « École en santé » (ateliers de cuisine dans certaines écoles primaires et programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau dans trois écoles secondaires de la CS des Samares), et de la mise en œuvre des activités dans le cadre des orientations de la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif dans des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires (CS) des Affluents et des Samares, incluant les services de garde à l'enfance. La formation sur le programme Mieux vivre dans la cour d'école a été donnée à 40 écoles primaires depuis 2004, et 34 l'ont implanté. Actuellement, les CSSS disposent des services d'une nutritionniste pour soutenir les écoles, principalement les écoles qui sont *École en santé*, dans la mise en œuvre des orientations de la politique-cadre, dans la promotion d'une saine alimentation, etc. : une ressource travaillant l'équivalent de deux jours par semaine pour le CSSS du Sud et une autre ressource à trois jours par semaine pour le CSSS du Nord.

La DSP soutient également les CSSS dans la réalisation des activités de promotion du non-usage du tabac dans des écoles primaires et secondaires de la région, selon l'approche « École en santé ». Au secondaire, le programme La gang Allumée est offert depuis 1997 et le spectacle In Vivo depuis 2000. Le programme VIF, comprenant 3 rencontres en classe de secondaire 1, est offert dans les deux commissions scolaires francophones de la région depuis l'année dernière. Aussi, du soutien est offert aux adolescents désirant cesser de fumer. Une ressource des CSSS se déplace dans les écoles secondaires ou les maisons de jeunes pour rencontrer ces jeunes.

Des activités visant les employés et leur environnement alimentaire et visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique ont été réalisées dans plusieurs milieux de travail, par deux professionnels (une kinésiologue et une nutritionniste). Elles ont aussi effectué des activités éducatives de soutien à la cessation tabagique et visant la mise en place d'environnements sans fumée. Trois milieux de travail implantent le programme 0-5-30 Combinaison

Prévention. Depuis 2004, 74 milieux de travail ont été contactés ou rencontrés et 61 ont été accompagnés dans des activités de promotion des saines habitudes de vie (campagne ou programme). Cependant, par manque de ressource, les CSSS ont décidé de ne plus offrir de service à ce milieu depuis X à l'exception des milieux travail réseau santé. Pour poursuivre cette action, il faudrait ajouter des ressources (une nutritionniste et un kinésologue) pour desservir les milieux de travail. Par ailleurs, il y a eu une tournée régionale d'information sur la norme *Entreprise en santé* en 2008 et plusieurs outils ont été développés par la DSP pour soutenir des interventions favorisant un mode de vie physiquement actif en milieu de travail.

Les deux mêmes professionnelles du service intégré de promotion des saines habitudes de vie des CSSS ont également soutenu plusieurs activités de sensibilisation/mobilisation dans les organismes communautaires, municipalités, réseau d'économie sociale, etc. Elles ont également développé des outils et les ont distribués. Elles ont aussi soutenu ces milieux dans leurs activités de promotion d'une saine alimentation. Actuellement, elles ont concentré leurs services aux municipalités et ont dû abandonner les services aux organismes de la communauté (cuisine collective, maison de la famille, etc.). Afin de poursuivre les services offerts, des ressources supplémentaires sont nécessaires. Tout comme pour les milieux de travail, il faudrait ajouter des ressources (un (e) nutritionniste et un (e) kinésologue), qui pourraient agir pour ces deux milieux.

La DSP a développé plusieurs outils pour la promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles en milieu municipal favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et en visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés. En 2007-2008, environ 40 % des municipalités ont réalisé des activités dans le cadre proposé. Promotion et application du concept Municipalité Active avec décideurs municipaux et intervenants en loisir. Depuis 2005, 44 municipalités ont fait le programme *Famille au jeu* ou autre en lien avec un mode de vie physiquement actif. Programme de mise en valeur des infrastructures : 3 municipalités avaient expérimenté l'implantation de ce programme de 2005-2007.

La DSP a participé à une table de concertation pour la promotion du transport actif et collectif dans la MRC de Joliette. Cette table a mis en place un projet pilote dans une municipalité de Lanaudière. Le projet est la diffusion d'une campagne de sensibilisation « *Je m'active dans ma ville* », qui fait la promotion des transports actifs, collectifs et de l'achat de proximité.

Il y a un protocole d'entente avec la FADOQ pour maintenir le *Mouvement Viactive Lanaudière* (qui vise à promouvoir un mode de vie physiquement actif afin de prévenir la maladie et améliorer le bien-être des personnes âgées de 50 ans et plus de la région), implanté dans 28 clubs de l'Âge d'Or de la région. 70 intervenants formés pour l'implantation des programmes en 2007. La DSP a également développé six programmes d'activité physique et donné de la formation à la FADOQ sur ces programmes. Il y a eu également implantation d'un programme d'exercices à mobilité réduite pour les personnes de 50 ans et plus en perte d'autonomie dans 22 résidences privées et 5 centres de jour en 2007.

Le Comité régional en sécurité alimentaire de la Table des partenaires du développement social de Lanaudière (TDDSL) a pour but d'améliorer la sécurité alimentaire dans une perspective de développement durable, en favorisant la participation de tous les acteurs et par l'élaboration du *Plan d'action régional en sécurité alimentaire de Lanaudière 2007-2012*. La DSPE y participe, contribue aux travaux et donne une expertise de contenu. La DSPE a également, depuis 2004, tenu un déjeuner-causerie sur la sécurité alimentaire, rédigé deux bulletins de santé à ce sujet et réalisé deux recherches-action : une sur l'agriculture écologique et le développement social durable et l'autre sur la perception de la sécurité alimentaire.

Il y a eu mise sur pied en 2007 du *Plateau lanaudois intersectoriel* (PLI) pour la coordination du *Plan d'action gouvernemental* (PAG) au niveau régional et pour la mobilisation et le soutien à l'action en lien avec le financement de *Québec en forme* (QEF). La DSPE et les CSSS soutiennent, chacun à leur niveau, les actions des regroupements locaux de partenaires en promotion d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation.

Tous les CLSC offrent des services de cessation tabagique à la population générale et les deux hôpitaux offrent des services de dépistage et de référence aux patients hospitalisés et au personnel. Quatre *Centres d'action bénévoles* (CAB) offrent des programmes de groupe en cessation tabagique dans toutes les MRC. Le projet régional « 7 secondes pour la vie », programme de sensibilisation et de formation des omnipraticiens pour l'intervention en cessation tabagique a été déployé à partir du début des années 2000, et effectif pour plusieurs années. Dans les années récentes, les omnipraticiens lanauois ont été proportionnellement les plus grands utilisateurs du code de facturation pour l'intervention de counseling en abandon du tabagisme selon les données de la RAMQ. De plus, une ordonnance collective régionale des thérapies de remplacement du tabac a été développée pour les pharmaciens communautaires, qui se sont investis également à divers degrés dans le counseling en arrêt tabagique.

En 2006, une quarantaine d'infirmières des services généraux des 2 CSSS ont été formées sur l'intervention minimale visant à promouvoir une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Ce counseling visait notamment à promouvoir la consommation de légumes et de fruits ainsi que la marche. Un aide-mémoire et des podomètres ont été distribués dans tous les points de services.

En 2012, 2 sessions du programme reconnu « *Choisir de maigrir* » ont été dispensées dans la région, au CSSSL. Il y a planification de 2 sessions par année dans chacun des CSSS du territoire pour les années subséquentes.

Le programme d'autogestion des soins en CLSC pour les personnes atteintes de maladies chroniques a été mis en place depuis 2012 dans la région, et ce programme permet d'intégrer les clientèles atteintes de cancer.

## Objectif 2.2 Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
18 Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérigènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Publication du document <i>Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines : estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome – Mise à jour septembre 2010</i>, et publications connexes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);</li> <li>⇒ Publication de la <i>Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture 2010-2021</i>;</li> <li>⇒ Développement d'un indicateur de risque des pesticides;</li> <li>⇒ Activités de formation pour les agriculteurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Travaux correctifs en 2003 dans une dizaine d'écoles en lien avec la présence d'amiante.</li> <li>✓ Soutien des CSSS par la DSP lors des travaux de rénovation pour caractériser l'exposition et mettre en place des moyens de protection des travailleurs et de la population.</li> <li>✓ Depuis le début des années 2000, programme de dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.</li> <li>✓ Intervention dans les milieux de travail en présence d'agresseurs chimiques.</li> <li>✓ Activités de promotion de la substitution des solvants organiques et autres substances cancérigènes en milieu de travail.</li> </ul>

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investigation et suivi des cas de MADO d'origine chimique lorsque requis et enquête épidémiologique suite à des signalements.</li> <li>✓ Surveillance active des réseaux d'eau potable en collaboration avec le MDDEFP</li> </ul>
19 Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau;</li> <li>⇒ Publication du document <i>Analyse des mesures réglementaires portant sur l'utilisation des appareils de bronzage par les jeunes âgés de moins de 18 ans</i>;</li> <li>⇒ Contribution financière à la campagne <i>La face cachée des salons de bronzage</i> de la Société canadienne du cancer;</li> <li>⇒ Élaboration d'un projet de loi visant l'interdiction aux salons de bronzage aux moins de 18 ans selon la position de l'Organisation mondiale de la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Remise de dépliants et conseils aux parents lors des activités ou services offerts aux 0-5 ans</li> <li>✓ Distribution de dépliants dans les CLSC.</li> <li>✓ Capsules radio sur la protection contre le soleil en juin de chaque année.</li> <li>✓ Activités d'information dans les services de garde à la petite enfance et les camps de vacances</li> </ul>
20 Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par des activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Plan d'action intersectoriel sur le radon;</li> <li>⇒ Projet pilote sur la mesure du radon dans les écoles primaires par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport.</li> </ul>	<p>Il y a eu des interventions de sensibilisation auprès des médecins de la région via l'Association pulmonaire du Québec et l'Association médicale canadienne.</p> <p>Soutien de l'agence aux commissions scolaires pour le volet santé dans le cadre du dépistage du radon en milieu scolaire.</p>
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.	En cours.	Depuis début des années 2000, programme de dépistage de l'amiantose en milieu de travail.
25 Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité, la survie et les projections en fonction des différents types de cancer.	Plan ministériel de surveillance multithématique – Volet cancer.	<p>Travail en lien du comité régional en lien avec le service d'évaluation et de recherche de la DSP.</p> <p>Production d'un document d'analyse sur le cancer dans Lanaudière en 2010, mis à jour en 2011.</p>

## **Objectif 2.2 Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail**

### **Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Aucun réseau d'eau potable de la région ne contient d'arsenic. Surveillance d'un réseau pour le TCE et le TTCE. Par contre, ceux-ci ne dépassent pas les normes.

La DSP, via son équipe régionale de santé au travail, réalise des activités d'identification des risques à la santé en lien avec les agents chimiques et des activités d'information sur les risques et les moyens de protection visant la diminution de l'exposition aux substances cancérigènes et autres agresseurs. Elle assure l'investigation des cas de MADO d'origine chimique et le suivi des milieux de travail ayant fait l'objet d'une déclaration lorsque requis, et fait les enquêtes épidémiologiques suite à des signalements.

Il y a des capsules radio sur la protection contre le soleil en juin de chaque année.

Des activités d'information sur la protection solaire ont été faites dans les services de garde à la petite enfance et les camps de vacances de la région. Il y a aussi remise de dépliants et conseils aux parents lors des activités ou services offerts aux 0-5 ans, notamment lors de la vaccination, dans les CLSC.

Il y a eu des interventions de sensibilisation à l'exposition au radon auprès des médecins de la région via l'Association pulmonaire du Québec et l'Association médicale canadienne. Actuellement des dosages de radon sont effectués dans les écoles du RLS de Lanaudière-Sud. Le dosage des écoles du nord est prévu d'ici 2015 selon le plan d'action national. La DSP offre du soutien aux intervenants des écoles pour donner l'information aux parents des élèves fréquentant ces écoles.

Depuis le début des années 2000, il y a un programme de dépistage de l'amiantose en milieu de travail. 1 210 travailleurs de la région ont été ciblés, étant donné leur travail dans le domaine de la construction et de l'entretien. 59 entreprises ont été visées pour des cancérigènes connus dans la région.

Dans la période entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 12 mai 2011, il y a eu, pour les travailleurs domiciliés dans Lanaudière, 32 cas déclarés d'amiantose, dont la majorité sont liés à un milieu de travail de l'extérieur de la région. Il y a déclaration aussi de 4 cas de mésothéliomes, dont 3 ont pu être reliés officiellement à l'amiante, et un cas de cancer du poumon lié à l'amiante.

Une dizaine d'écoles avaient eu des travaux correctifs sur une quinzaine identifiées comme renfermant de l'amiante en 2003.

Pour ce qui est des activités de prévention et contrôle des infections liées aux agents infectieux cancérigènes, les activités sont multiples également. La vaccination contre l'hépatite B est offerte à tous les travailleurs des CSSS. Elle est également offerte à tous les élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire, avec une couverture à 89,1 %. La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) est également offerte en 4<sup>e</sup> année du primaire (couverture 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> dose respectivement 85,9 % et 82,8 %) et en 3<sup>e</sup> année du secondaire (couverture 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> dose respectivement 88 %, 84,9 % et 76,2 %) (Données tirées des fichiers locaux de vaccination des CSSS).

**Objectif 2.3 Favoriser lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont rencontrés**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
22 Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.	Publication du Bilan 10 ans du PQDCS, lequel : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ confirme la pertinence de poursuivre le programme;</li> <li>⇒ démontre que les femmes âgées de 50 à 69 ans sont de plus en plus nombreuses à connaître le programme et consentir à y participer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suivi de l'assurance-qualité.</li> <li>✓ Programme de formation des intervenants de première ligne.</li> <li>✓ Bulletin régional d'information semestriel.</li> <li>✓ Soutien psychosocial individuel et par ateliers de groupe.</li> <li>✓ Clinique du sein.</li> </ul>
23 Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Annonce des <i>Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec</i> en novembre 2011;</li> <li>⇒ Programme de vaccination contre le VPH :               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 80 % des jeunes filles des cohortes ciblées vaccinées.</li> </ul> </li> </ul>	Programme de vaccination contre le VPH implanté avec cibles prévues atteintes (voir section précédente)
24 Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Avis de l'INSPQ sur la <i>Faisabilité et la pertinence d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec</i>;</li> <li>⇒ Publication de <i>Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie</i>, en partenariat avec les ordres et associations professionnels concernés;</li> <li>⇒ Élaboration d'un formulaire standardisé de consultation en coloscopie;</li> <li>⇒ Sélection et démarrage de la 1re phase du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) dans huit sites pilotes.</li> <li>⇒ Élaboration d'un plan de formation pour les infirmières des unités d'endoscopie, en partenariat avec l'UQTR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diffusion des Normes de pratique clinique, et appropriation par les CSSS.</li> <li>✓ Révision des processus en endoscopie.</li> <li>✓ Adoption du formulaire standardisé.</li> <li>✓ Travail sur le système de rendez-vous.</li> </ul>

### **Objectif 2.3 Favoriser lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont rencontrés**

#### **Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)**

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été implanté dans la région en 1998. Les Lanaudoises ont accès à des installations numérisées pour la mammographie dans les deux centres de dépistage désignés (CDD) de la région (Imagerie Terrebonne et Services Radiologiques de Joliette) ainsi qu'au Centre de référence pour investigation désigné (CRID) du CSSSNL et au CDD-CRID du CSSSSL. La région de Lanaudière est considérée comme une « grande région » du PQDCS étant donné une population admissible importante, en expansion rapide d'ailleurs. Au démarrage du PQDCS la population cible était de 36 056 femmes, et en mai 2013 de 69 640 femmes, selon la mise à jour de l'INSPQ.

Depuis plusieurs années, l'accent est mis sur le continuum et la qualité des services offerts. Le suivi des femmes qui passent leur mammographie dans le cadre du PQDCS est assuré pour toute, via le centre de coordination des services régional (CCSR), composé d'une agente administrative, une infirmière et un médecin, en collaboration avec des archivistes et intervenantes sociales des établissements (CRID CSSSSL et CSSSNL).

Toutes les femmes qui ont une mammographie anormale ont accès au service de soutien psychologique offert par les intervenantes sociales, ainsi que toutes les femmes atteintes de cancer du sein, qui ont accès aussi à des ateliers de groupe (deux séries de 6 ateliers par année par territoire).

Une clinique du sein avec équipe multidisciplinaire a ouvert ses portes en 2011, et est rattachée au CDD-CRID du CSSSSL. Les patientes du nord de la région ont accès à un service multidisciplinaire pour l'investigation des masses au sein via l'accueil clinique, mais la portion CRID à proprement parlé reste à développer.

Un programme d'enseignement sur la prévention et le dépistage du cancer du sein, et sur le PQDCS, a été mis en place depuis plusieurs années pour les résidents des unités de médecine familiale de la région. Plusieurs présentations sont également offertes aux médecins, infirmières et autres professionnels impliqués dans le dépistage du cancer du sein, en particulier aux intervenants de première ligne étant donné leur rôle de soutien à la décision éclairée. Un bulletin régional semestriel est distribué, dans un but d'enseignement, de continuité de la trajectoire de soins, de communication et de réseautage.

Les indicateurs de qualité sont suivis et travaillés par l'équipe du CCSR en collaboration avec les responsables administratifs et médicaux des établissements. On note entre autres une amélioration des délais d'accès aux examens dans les dernières années, et du continuum de prise en charge. Par exemple le délai d'accès moyen à la mammographie de dépistage dans la région était entre 70 et 113 jours en 2011, et de 47,5 jours en février 2013 (données de l'INSPQ juin 2013). Il y a encore beaucoup à faire cependant à ce chapitre.

Le taux de participation au programme est également en hausse, supérieur à celui du Québec. Le taux de détection du cancer du sein est excellent dans la région, mais le taux de référence demeure très élevé. Les équipes de radiologistes sont très engagées dans ce domaine, l'équipe du CSSSSL faisant entre autres partie du projet-pilote de suivi des indicateurs du MSSS.

Le défi pour les prochaines années sera de répondre à l'accroissement de la population cible, avec des ressources limitées. La région de Lanaudière est la plus efficace avec un débit de mammographies par mammographie le plus élevé au Québec (près de 34 000 mammographies sur 5 mammographes en 2008). L'accès au service est donc très dépendant des effectifs et du bon fonctionnement technique des appareils. On sait également que la région de Lanaudière a le plus faible taux d'omnipraticiens par 100 000 habitants (84) au Québec<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Indicateurs de santé 2009, MSSS

**Le tableau suivant présente les principaux indicateurs de performance du PQDCS  
pour la région de Lanaudière, pour 2003-2004, 2007-2008, et 2010-2011<sup>23</sup>**

Principaux indicateurs (cible)	2003-2004	2007-2008	2010-2011
Taux de participation (70 %)	42,1		58,7
Taux de référence-examen initial (<7 %)	22,7		23,7
Taux de référence-examen subséquent (<5 %)	11,9		10,8
Taux de détection-examen initial (> 5,0/1 000)	7,7	7,0	
Taux de détection-examen subséquent (> 3,0/1 000)	6,8	6,7	
Cancers infiltrants de petite taille-1cm ou moins (>30 %)	51,6	42,6	
Cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire (>70 %)	78	74	

### Dépistage du cancer colorectal

Il n’y a pas d’établissement dans la région qui fait partie du projet-pilote d’implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Les établissements sont cependant en révision de processus pour se conformer aux normes et exigences du PQDCCR, en collaboration avec l’agence.

### Dépistage du cancer du col de l’utérus

Les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec ont été déposées par l’INSPQ en juin 2011, et distribuées aux acteurs concernés de la région. Le défi est d’avoir une banque centralisée de données sur les cytologies effectuées dans la région et au Québec, afin de dégager des pistes d’action au besoin pour être conformes aux recommandations émises. Nous planifions suivre les orientations ministérielles dans les prochaines années, dès qu’elles seront disponibles.

<sup>23</sup> Indicateurs de performance du PQDCS août 2012, INSPQ

## Objectif 2.4 Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
25 Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité, la survie et les projections en fonction des différents types de cancer.	Plan ministériel de surveillance multithématique – Volet cancer.	Travail en lien du comité régional en lien avec le service d'évaluation et de recherche de la DSP.  Production d'un document d'analyse sur le cancer dans Lanaudière en 2010, mis à jour en 2011.

### **Objectif 2.4** *Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer*

Dans le cadre du suivi des maladies chroniques, document d'analyse sur le cancer dans la région a été produit en 2010 et mis à jour en 2011. Il a été distribué, notamment, aux différents acteurs du réseau de cancérologie lanauois.

Le service de Surveillance, recherche et évaluation publie également des tableaux d'incidence des différents cancers sur son site Web au [www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA/Pages/Accueil.aspx](http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA/Pages/Accueil.aspx). Ces données sont mises à jour selon la disponibilité des nouvelles données nationales.

Des analyses plus poussées ont été obtenues par la banque locale MED-ÉCHO, en collaboration avec les archivistes des deux établissements, sur les 4 cancers les plus fréquents, afin de caractériser les portraits de ces cancers, et de les comparer aux données de la littérature médicale. Elles ont été distribuées aux différents acteurs impliqués du réseau de cancérologie, et ont donné lieu à plusieurs travaux en lien avec la pratique médicale.

### 4.3 Axe d'intervention 3 : Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services

#### Objectif 3.1 Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources

##### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
26 Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Critères de priorité d'accès à la coloscopie du PQDCCR;</li> <li>⇒ Soutien financier pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ deux cliniques d'accès rapide pour le cancer du poumon (IUCPQ et CUSM);</li> <li>✓ une clinique d'accès rapide de radiothérapie palliative (CHUM).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diffusion du formulaire de demande de coloscopie au CSSS de la région.</li> <li>✓ Élaboration d'une demande de consultation en gastroentérologie par les gastroentérologues du nord de Lanaudière (4 juin 2011).</li> <li>✓ Élaboration et diffusion à tous les médecins du CSSSNL de critères pour les demandes de consultation en coloscopie de dépistage (14 juin 2012).</li> <li>✓ Voir mesure 24.</li> </ul>
27 Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hémato-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Deux nouveaux centres de radiothérapie inaugurés;</li> <li>⇒ Ajout de 12 appareils dans quatre centres;</li> <li>⇒ Planification de la main-d'œuvre de technologues en radio-oncologie, de médecins médicaux et de radio-oncologues.</li> </ul>	Voir mesure 6.
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 (SGAS).	Cadre de référence de la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie.	Diffusion du cadre de référence de la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie.

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
29 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Validation des données issues de SIMASSS pour la chirurgie oncologique;</li> <li>⇒ Développement d'outils de suivi en chirurgie oncologique;</li> <li>⇒ Cibles de l'accès en chirurgie oncologique 2011-2015 élaborées.</li> </ul>	
30 Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 112 200 passeports en oncologie, version française, ont été distribués;</li> <li>⇒ 19 000 passeports en oncologie, version anglaise, ont été distribués;</li> <li>⇒ Évaluation en cours pour réédition.</li> </ul>	<p>De 2009-2010 à 2011-2012 50 passeports ont été distribués au CSSS du nord de Lanaudière.</p> <p>De 2009-2010 à 2011-2012 50 passeports ont été distribués au CSSS du sud de Lanaudière</p>

### **Objectif 3.1 Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources**

#### **INVESTIGATION (OU SERVICES DIAGNOSTIQUES)**

Consultation médicale (première ligne) - Extrait de : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Portrait de la lutte contre le cancer dans la région de Lanaudière – Canevas de rédaction des fiches pour la région, Lanaudière, Direction de l'organisation des services – Équipe santé physique, janvier 2003

Dans la région Lanaudière, l'investigation est amorcée, et ceci dans bien des cas, par un omnipraticien œuvrant en CLSC ou en clinique privée. On nous informe que les délais pour compléter l'investigation, incluant le premier rendez-vous avec le médecin, les moments où le patient passe les examens et tests diagnostiques et l'obtention des résultats, sont d'environ 2 à 3 mois et parfois davantage. Pour accélérer les délais, certains médecins vont demander au patient de passer les examens dans des établissements hors de la région où les délais seraient moindres. Certains corridors de services sont également utilisés par nos médecins, dans un cadre non formel, auprès de confrères œuvrant hors région, et ceci, toujours dans le but de réduire les délais.

Services du médecin spécialiste (deuxième ligne) - Extrait de : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Portrait de la lutte contre le cancer dans la région de Lanaudière – Canevas de rédaction des fiches pour la région, Lanaudière, Direction de l'organisation des services – Équipe santé physique, janvier 2003.

La personne atteinte d'un cancer nécessite généralement les services d'investigation spécialisée. Les principales activités d'investigation et de traitement de la région s'articulent autour des deux centres hospitaliers. On nous mentionne que les délais sont raisonnables; pour une première rencontre avec un oncologue ou chirurgien, le délai est environ une semaine. Il est à préciser, par ailleurs, qu'environ 20 % de ces activités s'articulent avec l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval et un autre 10 % avec la région de Montréal. Des corridors formels, parfois non formels, seraient une pratique courante chez des médecins au CHPLG pour la coordination de certains services radiologiques (scanneur, résonance magnétique, médecine nucléaire) avec le CHRDL et avec d'autres CH de la région de Montréal.

## Imagerie médicale pour l'oncologie

Le tableau 23 et le tableau 24 présente pour chacun des CSSS le type d'examens disponibles d'imagerie pour l'oncologie (si un examen est non disponible dans l'un des CSSS, l'établissement vers lequel les patients sont référés est indiqué), si l'information écrite est transmise avant l'examen, le délai d'attente (jours ou semaines) entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la population en générale et pour la personne avec suspicion de présence d'un cancer, l'accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures et le nombre total d'examens réalisés en 2011-2012.

**Tableau 23**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 26 septembre 2012**

Examens d'imagerie pour l'oncologie	Disponibilité au sein du CSSS (X = oui)	Si examen est non disponible, établissement vers lequel le patient est référé	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen (jours ou semaines)		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nombre total d'examens réalisés en 2011-2012
				Population en générale	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
Biopsie en imagerie (1)	X			2-4 sem.	2-4 sem.	X	1 104
Échographie	X			Plus de 52 sem.	Moins de 3 sem.	X	16 850
Échographie du sein	X			8-12 sem.	Moins de 2 sem.	X	1 479
Fraction d'injection en médecine nucléaire	X			Moins de 2 sem.	Moins de 2 sem.	X	277
Fraction d'éjection en échographie cardiaque	x			Un an environ	Une semaine environ	X	4 309
Lavement baryté	X			8-12 sem.	Moins de 2 sem.		95
Mammographie	X			8-12 sem.	Moins de 2 sem.		3 716
Radiographie pulmonaire	X			0 jour	0 jour		24 066
Scintigraphie osseuse	X			10-12 sem.	Moins de 2 sem.	X	1 537
Résonnance magnétique	X			Plus de 52 sem.	Moins de 2 sem.		3 395
Tomographie axiale	X			24 sem.	Moins de 2 sem.		16 266
TEP		CHRTR					

**Tableau 24**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012**

Examens d'imagerie pour l'oncologie	Disponibilité au sein du CSSSSL (X = oui)	Si examen est non disponible, établissement vers lequel le patient est référé	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nombre total d'examens réalisés en 2011-2012
				Population en générale	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
Biopsie en imagerie (1)	X		X	4 semaines	1-2 semaines	X	946
Échographie	X		X	78 semaines	4 semaines	X	18 633
Échographie du sein	X		X	8 semaines	4 semaines	X	28 913
Fraction d'injection en médecine nucléaire	X			2 semaines	0-1 semaine		19
Fraction d'éjection en échographie cardiaque	X			9-12 semaines	4 semaines	X (rapport écrit au DPÉ)	4 405
Lavement baryté		Clinique privée					
Mammographie	X		X	10-12 semaines	4 semaines	X	9 764
Radiographie pulmonaire	X		X	0 jour	0 jour	X	25 135
Scintigraphie osseuse	X		X	4 semaines	0-2 semaines	X	2 732
Résonnance magnétique	X		X	56 semaines	4 semaines	X	5 503
Tomographie axiale	X		X	76 semaines	4 semaines	X	28 913
TEP		HMR					

## Biopsie en imagerie pour l'oncologie

Le tableau 25 et le tableau 26 présente pour chacun des CSSS le type de biopsies disponibles pour l'oncologie, si l'information écrite est transmise avant l'examen, le délai d'attente (jours ou semaines) entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la population en générale et pour la personne avec suspicion de présence d'un cancer, l'accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures et le nombre total d'examens réalisés en 2011-2012.

**Tableau 25**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 26 septembre 2012**

Types de biopsie en imagerie pour l'oncologie	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de la biopsie (jours ou semaines)		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nb total de biopsies réalisées en 2011-2012
		Population en générale	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
BX mammaire échographie		2-4 sem.	2-4 sem.	X Manque résultat patho.	271
BX échoguidée (Thyroïde, foie, autres)		2-4 sem.	2-4 sem.	X Manque résultat patho.	270
BX mammaire stéréotaxie		4-6 sem.	4-6 sem.	X Manque résultat patho.	285
BX Ct-Scan Thoracique		2-4 sem.	2-4 sem.	X Manque résultat patho.	150
BX Ct-Scan (abdominale, osseuse, rénale, autres)		2-4 sem.		X Manque résultat patho.	128

**Tableau 26**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012**

Types de biopsie en imagerie pour l'oncologie	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de la biopsie (jours ou semaines)		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nb total de biopsies réalisées en 2011-2012
		Population en générale	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
Thoracique	X	4 semaines	0-2 semaines	X	126
Thyroïdienne	X	4 semaines	0-2 semaines	X	126
Mammaire	X	4 semaines	0-2 semaines	X	420
Abdominale	X	4 semaines	0-2 semaines	X	159
De surface (ganglio, musculaire, etc.)	X	4 semaines	0-2 semaines	X	90
Osseuse	X	4 semaines	0-2 semaines	X	25

## Endoscopie pour l'oncologie

Le tableau 27 et le tableau 28 présente pour chacun des CSSS le type d'examens endoscopiques disponibles (si un examen est non disponible dans l'un des CSSS, l'établissement vers lequel les patients sont référés est indiqué), si l'information écrite est transmise avant l'examen, le délai d'attente (jours ou semaines) entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la population en générale et pour la personne avec suspicion de présence d'un cancer, l'accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures et le nombre total d'examens réalisés en 2011-2012.

**Tableau 27**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date : 24 septembre 2012**

Examens d'endoscopie	Disponibilité au sein du CSSS (X = oui)	Si examen est non disponible, établissement vers lequel le patient est référé	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous (réception de la requête) et la réalisation de l'examen (jours ou semaines)		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nombre total d'examens réalisés en 2011-2012
				Population en générale	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
Bronchoscopie	X		X **	Référer aux listes d'attente par type d'examen		Rapport dicté disponible verbalement immédiatement pour écoute après l'enregistrement.  Rapport en version papier disponible majoritairement la semaine suivante (<1 semaine).	950
Coloscopie	X		X **				6017
Cystoscopie	X						2901
Gastroscopie	X		X **				2705
CPRE	X	CHUM Hôpital St-Luc si manque de capacité ou cas particuliers	X **				149
Anuscopie	X		X **				205
Duodéno-scopie	X		X **				1
Rectoscopie	X		X **				16
EBUS	X						92
Colposcopie *	1A du CHRDL			3 à 9 mois.	Aucune attente pour grade 4 (< 1 mois). Variable selon la dispo des médecins.	Rapport de pathologie disponible environ 3 semaines postexamen.	3026

\*Examen microscopique non invasif donc non endoscopique

\*\*Documents remis aux patients en externe rencontrés au bureau

Tableau 28

Liste d'attente en endoscopie au CSSS du Nord de Lanaudière - Date du rapport : 10 septembre 2012

Date du rapport :

10 septembre 2012

Examens endoscopiques	0 - 6 mois	6 mois - 1 an	< 2 ans	Total
Bronchoscopie (1)	0	0	0	0
Gastroscopie (3)	187	79	19	285
Autres endoscopies des voies digestives supérieures (2)	0	0	0	0
Coloscopie (4)	779	499	157	1 435
Protosygmoidoscopie, anoscopie, rectoscopie et autres endoscopies des voies digestives inférieures (5)	82	16	7	105
Cytoscopie (6)	145	16	5	166
Pancréatographie rétrograde endoscopique (PRE) (7)	1	0	0	1
Autres (8)	1	0	2	3
<b>Total</b>	<b>1 195</b>	<b>610</b>	<b>190</b>	<b>1995</b>

Cette catégorie est dorénavant incluse dans les gastroscopies (3).

\* Ne pas tenir compte de la catégorie DIVERS. Il s'agit d'examens non endoscopiques.

Divers	9	1	0	10
				<b>2 005</b>

**Tableau 29**  
**Imagerie pour l'oncologie au CSSS du Sud de Lanaudière - Date : 20 septembre 2012**

Examens d'endoscopie	Disponibilité au sein du CSSS (X = oui)	Si examen est non disponible, établissement vers lequel le patient est référé	Information écrite avant l'examen (X = oui)	Délai d'attente entre la prise de rendez-vous (réception de la requête) et la réalisation de l'examen (jours ou semaines)		Accessibilité des rapports des examens par dictée centrale en 24 heures (X = oui)	Nombre total d'examens réalisés en 2011-2012 (AS-478)
				Population en générale (Électifs) <sup>24</sup>	Personne avec suspicion de présence d'un cancer		
Bronchoscopie	X		X	< 15 jours	< 5 jours		652
Colposcopie							
Coloscopie	X		X	12 mois	< 5 jours		4 069
Cystoscopie	X		X	14 mois	< 5 jours		1 293
Gastroskopie	X		X	2 mois	< 5 jours		1 847
Autre(s) : spécifiez : Entéroskopie par capsule		CHUM	X	Donnée non disponible	Donnée non disponible		
Autre (s) : spécifiez : Pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)	X		X	S.O.	< 5 jours		157

**Soutien social ou psychologique aux patients dans l'attente d'un diagnostic de cancer**

**Est-ce que du soutien social ou psychologique est offert aux patients dans l'attente d'un diagnostic de cancer?**

Dans la région, il n'y a aucun service offert en soutien social ou psychologique systématiquement.

**Annnonce du diagnostic**

**Qui effectue l'annonce du diagnostic au patient?**

Dans la région, l'oncologue avec le soutien de l'IPO font l'annonce au patient.

**De quelle manière est effectuée l'annonce du diagnostic au patient (téléphone, écrit, en personne, etc.)?**

Dans la région, l'annonce est faite en personne.

<sup>24</sup> Incluant la clientèle dont le rendez-vous a été reporté (non disponibilité).

## TRAITEMENT (CHIRURGIE, CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE ET SERVICES DE SOUTIEN)

### Chirurgie

Des 1 019 chirurgies effectuées en 2001-2002, 62 % ont été effectuées au Centre hospitalier régional de Lanaudière et 38 %, à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. L'activité chirurgicale selon les sièges tumoraux est assez bien répartie entre les deux centres, sauf pour le cancer pulmonaire pour lequel elle est davantage concentrée au CHRDL.

Le taux de rétention régional des hôpitaux de la région, soit le pourcentage des hospitalisations effectuées dans la région, en 2006-2007 était de 64 %. Il demeure néanmoins parmi les plus faibles, soit 58 % comparativement à 80 % pour l'ensemble du Québec<sup>25</sup>. Le taux de rétention pour le cancer du poumon, le plus dévastateur des cancers dans Lanaudière tant sur le plan de la mortalité que de la morbidité hospitalière, atteint 57 %. Quant au cancer colorectal, on obtient le meilleur taux régional, soit 74 %<sup>26</sup>. Il varie aussi d'un territoire de CLSC à l'autre.

---

<sup>25</sup> Données fournies par le Centre de coordination nationale de lutte contre le cancer, envoi le 18-02-2002

<sup>26</sup> L'amélioration de la lutte contre le cancer au Québec, Denis Roy, md, données fournies par le CCNLC, le 03-02-2004

## Chimiothérapie

Le tableau 30 résume les informations concernant les services offerts en chimiothérapie dans chacun des CSSS de la région.

**Tableau 30**  
**Chimiothérapie, CSSS de Lanaudière**

	CSSS du Nord de Lanaudière	CSSS du Sud de Lanaudière
Lieux d'administration des traitements de chimiothérapie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ À domicile (via des ententes avec les CLSC).</li> <li>⇒ À la clinique externe d'hémo-oncologie.</li> <li>⇒ À la polyclinique (chimiothérapie intravésicale) dans certaines unités de l'hôpital où le personnel est formé (patients hospitalisés).</li> </ul>	Principalement au centre d'oncologie (en ambulatoire) et dans les unités d'hospitalisation (en médecine).
Jours où des traitements de chimiothérapie sont offerts à la clinique d'oncologie	5 jours par semaine (du lundi au vendredi).	5 jours par semaine (du lundi au vendredi).
Prescripteurs de chimiothérapie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Les hémato-oncologues.</li> <li>⇒ Deux chirurgiennes (cancer du sein).</li> <li>⇒ Les urologues (chimiothérapie intravésicale).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les hémato-oncologues.</li> <li>✓ Les urologues (chimiothérapie intravésicale).</li> </ul>
Délai entre la prescription d'un protocole de chimiothérapie et le début des traitements.	4 jours ouvrables maximum. Généralement, le traitement est administré le jour même de la prescription.	24 à 48 heures ouvrables
Délai moyen d'attente entre l'inscription à l'hôpital et le début de la perfusion de la chimiothérapie le jour de la visite.	3 heures.	Environ 2 heures. Préalablement, une FSC, une évaluation médicale et une rencontre avec le pharmacien sont effectuées.
Personne qui transmet l'information en lien avec la chimiothérapie au patient.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Le médecin</li> <li>⇒ L'infirmière pivot et l'infirmière traitante</li> <li>⇒ Le pharmacien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le médecin</li> <li>✓ L'infirmière pivot et l'infirmière traitante</li> <li>✓ Le pharmacien</li> </ul>
Mode de transmission de l'information.	De manière verbale et écrite.	Depuis novembre 2011, un cours de groupe est offert à la clientèle et aux aidants naturels préalablement au traitement de chimiothérapie

	CSSS du Nord de Lanaudière	CSSS du Sud de Lanaudière
Accès aux services pour un problème subaigu (nausée, vomissement, patient fébrile) pendant les heures ou en dehors des heures d'ouverture de la clinique de chimiothérapie.	<p>Pendant les heures d'ouverture : à la clinique d'héματο-oncologie et à la pharmacie d'oncologie</p> <p>En dehors des heures d'ouverture : les patients peuvent avoir accès à ces services en se rendant à la salle d'urgence générale.</p>	<p>Pendant les heures d'ouverture : à la clinique de chimiothérapie.</p> <p>En dehors des heures d'ouverture : les patients peuvent avoir accès à ces services en se rendant à la salle d'urgence générale. En tout temps, les professionnels du réseau peuvent communiquer avec l'IPO ou avec une infirmière du centre d'oncologie.</p>

Tant au CSSS du Nord de Lanaudière qu'au CSSS du Sud de Lanaudière le nombre de visites à la clinique d'oncologie a augmenté au cours des dernières années. Le tableau qui suit présente le nombre de visites à la clinique en 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012 par CSSS.

**Tableau 31**  
**Nombre de visites à la clinique d'oncologie (cumulatif P13), CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012**

Établissement	Nombre de visites à la clinique d'oncologie (cumulatif P13)		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012
CSSS du Nord de Lanaudière*	7 823	10 149	11 480
CSSS du Sud de Lanaudière**	12 662	12 571	15 319
<b>Lanaudière</b>	<b>20 485</b>	<b>22 720</b>	<b>26 799</b>

\* Le nombre de visites ne tient pas compte des patients vus par l'un des héματο-oncologues à son bureau à l'extérieur du CHRDL (1 119 visites en 2009-2010; 838 visites en 2010-2011 et 852 visites en 2011-2012).

Source : \*\* Excluant les visites effectuées en clinique ambulatoire d'héματο-oncologie et médecine de jour

Source : Statistiques du CHRDL (statistiques des services ambulatoires transmises au MSSS (données tirées du rapport SMRE09) et de l'HPLG)

Dans les deux CSSS, le nombre de traitements en chimiothérapie est également en constante progression. Le tableau ci-dessous, présente le nombre de traitements de chimiothérapie administrés par CSSS (cumulatif P13) en 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.

**Tableau 32**  
**Nombre de traitements de chimiothérapie administrés (incluant les autres activités thérapeutiques et les urgences oncologiques) (cumulatif P13), CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012**

Établissement	Nombre de traitements de chimiothérapie (incluant les autres activités thérapeutiques et les urgences oncologiques) cumulatif P13		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012
CSSS du Nord de Lanaudière	2 987	3 214	3 322
CSSS du Sud de Lanaudière	4 943	5 108	5 802
<b>Lanaudière</b>	<b>7 930</b>	<b>8 322</b>	<b>9 124</b>

Source : Statistiques du CHRDL (statistiques des services ambulatoires transmises au MSSS (données tirées du rapport SMRE09) et de l'HPLG

Au CSSSNL, en 2011-2012, 50 passeports en oncologie ont été remis, tandis qu'au CSSSSL, 50 ont été remis. Le tableau 33 présente le nombre de passeports remis au CSSSNL et au CSSSSL en 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.

**Tableau 33**  
**Nombre de passeports en oncologie remis, CSSS, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.**

Établissement	Nombre de passeports remis		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012
CSSSNL	30	30	50
CSSSSL	25	30	50
<b>Lanaudière</b>	<b>55</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Source : Statistiques du CHRDL (statistiques des services ambulatoires transmises au MSSS (données tirées du rapport SMRE09) et de l'HPLG

## Radio-oncologie

En 2009-2010, 1 156 patients lanaudois ont reçu des traitements en radio-oncologie, et ce, principalement au CHRTR, à l'HMR et au CHUM. Le tableau 34 présente le pourcentage et le nombre de Lanaudois ayant reçu des traitements de radio-oncologie en 2009-2010 selon le lieu de traitement.

**Tableau 34**  
**Pourcentage et nombre de patients lanaudois (RLS) traités en radio-oncologie**  
**selon l'établissement offrant les services, 2009-2010**

Établissement	RLS de Lanaudière Nord		RLS de Lanaudière Sud	
	% de pts traités	Nb de pts traités	% de pts traités	Nb de pts traités
CHRTR	61	335	1	8
CHUS	2	9	1	4
CHUM	19	103	33	202
HMR	13	70	60	364
HGJ	2	10	2	10
CUSM	4	22	3	19
HCSL	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>549</b>	<b>100</b>	<b>607</b>

Source : SGAS, 2009-2010

## Services de soutien pour les personnes atteintes et les proches

Les tableaux 35 et 36 indiquent le type de services de soutien offerts par le CH aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches dans chacun des CSSS.

**Tableau 35**

### **Type de services de soutien offerts par les CH aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, CSSS du Nord de Lanaudière 2011-2012 - information 2005**

Type de services	Disponibilité au sein du CSSS (X = oui)	Sur consultation seulement (X = oui)	Fait partie d'un PI (X = oui)	Le délai d'attente entre la demande et l'accès au service est de	Volume d'activité par année	Commentaires
Accès veineux	X			1 à 3 jours		Fait en radiologie. Les porth-a-caths sont installés en SOP par les chirurgiens dans des délais de mois d'une semaine. Très faible volume.
Gestion de la douleur	X					Équipe de soins palliatifs sur consultation autant pour la clientèle admise que pour la clientèle externe incluant celle traitée aux polycliniques du CHRDL.
Réadaptation physique	X					Au besoin, l'ergothérapie et la physiothérapie peuvent se joindre à l'équipe lorsqu'une demande spécifique leur est adressée. Pas de service spécifique à l'oncologie. Pour les soins palliatifs suivis à domicile, l'ergothérapie du CLSC évalue les besoins pour maintien à domicile en fin de vie.
Stomothérapie	X					Sur consultation par infirmière clinicienne avec évaluation préop et suivi postopératoire.
Thérapies complémentaires	X					Musicothérapie pour les usagers admis dans l'unité de soins palliatifs.
Autres, précisez :						
Autres, précisez :						

**Tableau 36**  
**Type de services de soutien offerts par les CH aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches,**  
**CSSS du Sud de Lanaudière, 2011-2012-information 2005**

Type de services	Disponibilité au sein du CSSS (X = oui)	Sur consultation seulement (X = oui)	Fait partie d'un PI (X = oui)	Le délai d'attente entre la demande et l'accès au service est de	Volume d'activité par année	Commentaires
Accès veineux	X	X		2		
Gestion de la douleur	X			0		
Réadaptation physique	X	X				
Stomothérapie	X	X				
Thérapies complémentaires	X	X				
Autres, précisez :						
Autres, précisez :						

## COMMUNICATION (Information 2005)

### Avec le médecin de famille

À la question, est-ce que le médecin de famille est habituellement informé de l'évolution du patient lorsqu'applicable? Si oui, transmettez-vous l'information au médecin de famille au début, au cours ou à la fin du traitement spécialisé?

### CSSSNL

Non, le transfert d'informations est très pauvre et il n'existe pas de mécanismes organisés de suivi pour les usagers en dépistage, investigation ou de suivi de traitement, sauf aux soins palliatifs où un résumé de dossier est automatiquement acheminé au médecin de famille.

### CSSSSL

Oui (2005)

Les tableaux 37 et 38 indiquent le type de services de soutien offerts par les CLSC aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches dans chacun des CSSS ainsi que les délais pour avoir accès à ces services.

Il sera question des soins palliatifs spécifiquement à l'objectif 3.3 libellé : « Offrir des soins palliatifs de qualité à toutes personnes le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie ».

**Tableau 37**  
**Type de services de soutien offerts par les CLSC du CSSS du nord de Lanaudière**  
**aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, 2010-2011**

Type de services	Disponible	Délai (jours et semaines)	Commentaire
Services médicaux 24/7	X		
Soins infirmiers 24/7	X		
Répit/gardiennage	X		
Soins d'hygiène	X		
Préparation de repas	X		
Ménage/lessive	X		
Approvisionnement	X		
Visite à l'hôpital			
Soutien individuel			
Soutien de groupe			
Séance d'information			
Document/Information			
Prêt d'équipement			
Traitement à domicile			
Aide pour le transport			
Autre, spécifiez :			

**Tableau 38**  
**Type de services de soutien offerts par les CLSC du CSSS du Sud de Lanaudière**  
**aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, 2010-2011**

Type de services	Disponible	Délai (jours et semaines)	Commentaire
Services médicaux 24/7			
Soins infirmiers 24/7			
Répit/gardiennage			
Soins d'hygiène			
Préparation de repas			
Ménage/lessive			
Approvisionnement			
Visite à l'hôpital			
Soutien individuel			
Soutien de groupe			
Séance d'information			
Document/Information			
Prêt d'équipement			
Traitement à domicile			
Aide pour le transport			
Autre, spécifiez :			

## RECHERCHE (Informations 2005)

Est-ce qu'on effectue de la recherche clinique, fondamentale ou évaluative au sein de votre CSSS? Si oui, précisez le type de recherche et le domaine.

### CSSSNL

La recherche évaluative est effectuée au CSSSNL

### CSSSSL

Aucune recherche n'est effectuée au CSSSSL

## DÉMARCHE D'ÉVALUATION (Informations 2005)

### Gestion de la qualité

Il y a un responsable de l'amélioration de la qualité en oncologie au CSSSSL, mais pas de disponible au CSSSNL

L'équipe du centre d'oncologie participe activement au programme d'amélioration continue de la qualité du centre hospitalier. Chaque regroupement de clientèle possède son comité d'amélioration continue de la qualité. Pour le regroupement des soins spécialisés, un sous-comité oncologique a été créé. Ce sous-comité se réunit en moyenne 6 fois par année et fixe des cibles d'amélioration de la qualité à suivre à l'aide d'indicateurs de rendement.

À la question, avez-vous un sous-comité d'évaluation de l'acte médical spécifique à l'oncologie? Si oui, quels en sont les membres? Quelle est la fréquence des réunions?

Oui dans les deux établissements. Plus spécifiquement ce comité est situé au niveau des soins palliatifs, comité d'études médicales de morbidité et mortalité.

À la question avez-vous un mécanisme de révision des incidents et des erreurs qui ont lieu dans le cadre de vos activités? Si oui, décrire le mécanisme.

La réponse est oui dans les deux établissements. Ce mécanisme se fait dans le cadre du programme de gestion de risques avec révision de tous les formulaires d'incidents/accidents.

### Comité des thérapies du cancer

Ces comités sont fonctionnels dans les deux établissements.

### Guides thérapeutiques

Vous avez un consensus sur l'utilisation des mêmes guides thérapeutiques dans l'équipe?

Si oui :

- Ce consensus est réuni dans un cartable à jour accessible où l'on retrouve les guides utilisés.
- Ce consensus vous a mené à utiliser les guides d'un autre établissement. Si oui, lequel?
- Ce consensus vous amené à utiliser les guides thérapeutiques du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GÉOQ).
- Si oui, indiquer le processus utilisé?

### CSSSNL

Oui

- Ce consensus vous amené à utiliser les guides thérapeutiques du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GÉOQ).
- Ce consensus vous a amené à utiliser les guides thérapeutiques d'un organisme en particulier, le CNNC.

### CSSSSL

Oui

- Ce consensus est réuni dans un cartable à jour accessible où l'on retrouve les guides utilisés.
- Ce consensus vous amené à utiliser les guides thérapeutiques du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GÉOQ).

### **MESURES DE RÉSULTATS (Informations 2005)**

À la question, faites-vous la mesure des résultats? Si oui, indiquer les mécanismes mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats identifiés.

### CSSSNL

Non

### CSSSSL

Mesures budgétaires d'analyse de performance à partir des données SOFI. Programme d'amélioration continue de la qualité avec des indicateurs de rendement.

À la question, avez-vous une base de données? Si oui, indiquer les données recueillies (incidence, traitement, morbidité, mortalité, etc.). Sinon, indiquer la procédure utilisée pour rassembler l'information.

**CSSSNL**

Non

**CSSSSL**

Non

À la question, faites-vous une analyse de coûts de l'oncologie à l'intérieur de votre établissement? Si oui, indiquer les paramètres utilisés.

**CSSSNL**

Non

**CSSSSL**

Oui. Rapports budgétaires périodiques. Comparatif avec les données SOFI.

**ÉTHIQUE (Informations 2005)**

Avez-vous accès à un comité d'éthique clinique? Décrire le cheminement de résolution d'un problème d'ordre éthique clinique.

**CSSSNL**

Oui. Comité de bioéthique composé d'un pharmacien, d'un clinicien, d'un agent de pastorale, d'un psychiatre, d'une infirmière d'unité. Consultation médicale adressée au comité suite à laquelle une rencontre des membres du comité et des intervenants offrant des soins à l'utilisateur se tient. Il en découle une recommandation du comité qui est mise en application.

**CSSSSL**

Oui

Avez-vous accès à un comité d'éthique pour la recherche? Décrire le cheminement de résolution d'un problème d'ordre éthique pour la recherche.

**CSSSNL**

Oui. La problématique est soumise au comité d'éthique à la recherche qui relève du conseil d'administration. Les membres se réunissent et discutent de la problématique. Une réponse est donnée immédiatement au chercheur si protocole est conforme. Si problématique particulière, la recherche est non autorisée à débiter jusqu'à élucidation de la problématique par le chercheur concerné qui doit revenir devant le comité d'éthique pour la recherche afin d'obtenir l'autorisation de débiter sa recherche.

**CSSSL**

Non

**ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE ET DES PARTENAIRES (Informations 2005)**

Faites-vous une évaluation de la satisfaction de la clientèle?

**CSSNL**

Non. Aux soins palliatifs, des cartons sont mis à la disposition des proches sur lesquels ils peuvent faire part de leurs commentaires. Un questionnaire spécifique au Module soins palliatifs a été élaboré, mais n'est pas encore actualisé.

**CSSSL**

Oui

Faites-vous une évaluation de la satisfaction des partenaires?

**CSSNL**

Non

**CSSSL**

Non

**PROCESSUS FORMEL D'ÉVALUATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE (Informations 2005)**

Avez-vous un processus formel d'évaluation des membres de l'équipe. Si oui, lequel.

**CSSNL**

Non. Pas de processus formel en dehors de l'évaluation initiale lors de l'obtention d'un poste. Par la suite, évaluation au besoin si difficultés particulières. Les évaluations des intervenants sont réalisées uniquement lorsque des difficultés sont notées. L'évaluation au rendement figure parmi les objectifs de l'organisation (recommandation du CCASS).

**CSSSL**

Oui. Pour le moment seulement à l'embauche ou à l'intégration de nouveau personnel dans l'équipe par la suite, il pourrait y avoir des évaluations du rendement qui soient faites.

**Objectif 3.2 Faciliter le retour dans leur milieu de vie à toutes les personnes atteintes de cancer en leur assurant un accès à un médecin de famille**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
31 Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.	Processus en expérimentation pour la coloscopie dans le cadre du PQDCCR.	S.O.

**Objectif 3.3 Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations																																											
	Québec	Lanaudière																																										
32 Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	<p>Augmentation de la proportion de CSSS qui offrent les services de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2008-2009</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Équipe de soins</td> <td>83 %</td> <td><b>81 %</b></td> </tr> <tr> <td>Trousse thérapeutique</td> <td>64 %</td> <td><b>76 %</b></td> </tr> <tr> <td>Médecin de garde</td> <td>75 %</td> <td><b>80 %</b></td> </tr> <tr> <td>Infirmière</td> <td>93 %</td> <td><b>96 %</b></td> </tr> <tr> <td>Enregistrements à Info-Santé</td> <td>82 %</td> <td><b>87 %</b></td> </tr> <tr> <td>Fournitures et équipement requis</td> <td>96 %</td> <td><b>99 %</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Source : Direction québécoise de cancérologie. Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer Bilan des réalisations, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 29 p</p>		2008-2009	2010-2011	Équipe de soins	83 %	<b>81 %</b>	Trousse thérapeutique	64 %	<b>76 %</b>	Médecin de garde	75 %	<b>80 %</b>	Infirmière	93 %	<b>96 %</b>	Enregistrements à Info-Santé	82 %	<b>87 %</b>	Fournitures et équipement requis	96 %	<b>99 %</b>	<p>Offre de service de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte) 2011-2012.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CSSSNL</th> <th>CSSSSL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Équipe de soins</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Trousse thérapeutique</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Médecin de garde</td> <td>Non (partiellement)</td> <td>Non (partiellement)</td> </tr> <tr> <td>Infirmière</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Enregistrements à Info-Santé</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Fournitures et équipement requis</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source : GESTRED</p>		CSSSNL	CSSSSL	Équipe de soins	Non	Non	Trousse thérapeutique	Oui	Oui	Médecin de garde	Non (partiellement)	Non (partiellement)	Infirmière	Oui	Oui	Enregistrements à Info-Santé	Oui	Oui	Fournitures et équipement requis	Oui	Oui
	2008-2009	2010-2011																																										
Équipe de soins	83 %	<b>81 %</b>																																										
Trousse thérapeutique	64 %	<b>76 %</b>																																										
Médecin de garde	75 %	<b>80 %</b>																																										
Infirmière	93 %	<b>96 %</b>																																										
Enregistrements à Info-Santé	82 %	<b>87 %</b>																																										
Fournitures et équipement requis	96 %	<b>99 %</b>																																										
	CSSSNL	CSSSSL																																										
Équipe de soins	Non	Non																																										
Trousse thérapeutique	Oui	Oui																																										
Médecin de garde	Non (partiellement)	Non (partiellement)																																										
Infirmière	Oui	Oui																																										
Enregistrements à Info-Santé	Oui	Oui																																										
Fournitures et équipement requis	Oui	Oui																																										
33 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.	78 % des CSSS déclarent un mécanisme de coordination des services en soins palliatifs.	Au CSSSNL et au CSSSSL, il y a un mécanisme de coordination des services en soins palliatifs.																																										
34 Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.	29 maisons agréées, situées dans 15 régions du Québec.	Une maison de soins palliatifs, la Maison Adhémar-Dion est agréée.																																										
35 Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.	Publication des volumes 1 et 2 du <i>Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs</i> .	Diffusion aux établissements de la région des volumes 1 et 2 du <i>Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs</i> .																																										

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
36 Mettre en place des unités de soins palliatifs dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux.	<p>⇒ Regroupement d'unités dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 75 % des centres hospitaliers;</li> <li>✓ 63 % des centres d'hébergement de soins de longue durée.</li> </ul> <p>⇒ Élaboration du <i>Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – Volet lits dédiés</i>.</p>	Neuf (9) lits dédiés aux soins palliatifs sont disponibles à l'unité de soins palliatifs du CHRDL et 8 lits à l'HPLG.
37 Constituer pour chacune des régions du Québec une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques.	Trois équipes interdisciplinaires suprarégionales en soins palliatifs désignées.	Dans la région de Lanaudière, il n'y a pas d'équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques.
38 Soutenir la mise en place des centres/hôpitaux de jour ou des cliniques d'accès à des soins palliatifs.	Reportée.	Il n'y a pas de service offert dans les centres de jour dans la région pour les patients en soins palliatifs.
39 Encourager l'appropriation et faciliter l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.	<p>⇒ 1 200 exemplaires des Normes diffusés;</p> <p>⇒ 1 200 exemplaires de la Grille de suivi et d'évaluation pour l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.</p>	Diffusion aux établissements de la région des Normes et de la Grille de suivi et d'évaluation pour l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.

**Objectif 3.2 Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie**

Au Québec, en 2011-2012, un plus grand nombre de personnes ont reçu des soins palliatifs à leur domicile qu'au cours des années précédentes, soit 20 174 personnes, ce qui représente 2 564 personnes de plus que la cible établit à 17 520. Le nombre moyen d'interventions par usager dépasse également la cible pour 2011-2011 en se fixant à 19,7 tandis que la cible était de 16, et ce, malgré une augmentation du nombre de personnes bénéficiant de soins palliatifs à domicile. Cependant, ces données excluent toutes les personnes qui ont reçu des services à domicile fournis par des organismes communautaires avec lesquels certaines agences concluent des ententes de services. Dans la région de Lanaudière, en 2011-2012, 1 255 personnes ont bénéficié de soins palliatifs à domicile (cible de 1 176) et le nombre moyen d'interventions était de 14,49 (Cible 16). Si on se compare au reste du Québec, la région de Lanaudière a le plus faible nombre moyen d'interventions par usager après le Bas St-Laurent. Le tableau 39 le nombre de personnes ayant reçu des services à domicile et le nombre moyen d'interventions à domicile par RLS, pour Lanaudière et le Québec en 2011-2012.

**Tableau 39**  
**Nombre d'usagers en soins palliatifs et nombre moyen d'interventions par usagers en soins palliatifs**  
**ainsi que les cibles, par CSSS, dans Lanaudière et au Québec en 2011-2012.**

	Nombre d'usagers en soins palliatifs		Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs	
	Réel	Cible	Réel	Cible
CSSSNL	569	526	15,82	14,9
CSSSSL	686	452	13,4	14,9
Lanaudière	1255	1176	14,49	16
Québec	20 174	17 520	19,7	16

Source : GESTRED

Le tableau 40 présente le sommaire des interventions par région en soins palliatifs, toujours en 2011-2012.

**Tableau 40**  
**Sommaire des interventions par région en soins palliatifs à domicile en 2011-2012**

Région	Nombre de personnes	Nombre d'interventions	Nombre moyen d'interventions par usager	Écart de la cible de 16
1	695	9 724	13,99	-2,01
2	841	18 780	22,33	6,33
3	2 105	47 985	22,8	6,8
4	1 751	45 564	26,02	10,02
5	902	18 305	20,29	4,29
6	3 679	69 909	19	3
7	906	17 536	19,36	3,36
8	426	7 042	16,53	0,53
9	363	5 899	16,25	0,25
10	31	658	21,23	5,23
11	444	7 575	17,06	1,06
12	1 474	25 643	17,4	1,4
13	505	9 867	19,54	3,54
<b>14</b>	<b>1 255</b>	<b>18 190</b>	<b>14,49</b>	<b>-1,51</b>
15	1 522	30 229	19,86	3,86
16	3 275	64 600	19,73	3,73
<b>Total</b>	<b>20 174</b>	<b>397 506</b>	<b>19,7</b>	<b>3,7</b>

Source : GESTRED

Selon la littérature, il est stipulé que 70 % des décès sont susceptibles de nécessiter des soins palliatifs. Les 30 % restants meurent de mort subite ou accidentellement. En 2011-2012, selon le Registre des décès, il y a eu 60 420 décès au cours de l'année. En se basant sur la littérature, 42 294 personnes auraient dû bénéficier de soins palliatifs. 13 000 décès ont eu lieu en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ce qui fait en sorte que 29 294 personnes auraient dû bénéficier de soins palliatifs à leur domicile. Selon I-CLSC, 20 174 personnes ont reçu des soins palliatifs à domicile par le CLSC en plus de 1 200 personnes ayant bénéficié de services par un organisme communautaire offrant des soins palliatifs à domicile et avec qui les Agences de la santé et des services sociaux de Montréal, de Laval et de la Montérégie ont des ententes écrites. C'est donc 21 374 personnes qui ont reçu des services en soins palliatifs à domicile en 2011-2012, 73 % de la population susceptible de nécessiter des soins palliatifs à domicile. En 2007, la cible avait été fixée à 60 %.

En ce qui a trait aux disparités régionales, il est surprenant que le nombre d'interventions par personne varie de 14 pour la région 01 à 26 pour la région 04. Une analyse plus pointue devrait être entreprise afin de mieux comprendre la réalité du terrain. S'agit-il une réelle différence d'intensité de services ou s'agit-il plutôt d'un nombre d'interventions pour une période différente parce que les intervenants inscrivent le code « soins palliatifs » dans I-CLSC à un moment différent? Il s'agirait alors de mieux définir l'indicateur et éventuellement d'y ajouter la durée des soins palliatifs à domicile.

Tous les CSSS de la région offrent des soins palliatifs à domicile 24 heures, 7 jours (24/7).

### Accès à un médecin de garde 24/7

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, au CSSSNL, il n'y avait pas de médecins de garde 24/7 disponibles pour les usagers (et leurs proches). Dans les faits, des médecins de garde 24/7 sont disponibles pour les usagers (et leurs proches) au CLSC Joliette, au CLSC St-Esprit, au GMF de St-Donat et au GMF D'Autray.

Au CSSSSL, des médecins de garde 24/7 sont disponibles pour les usagers (et leurs proches) inscrits au CLSC Lamater, avec ou sans médecin. Les médecins de Lamater assurent la prise en charge pour les usagers du CLSC, mais aussi pour toute la population qui ne peut plus se déplacer du territoire de Lamater (Terrebonne, Lachenaie, Laplaine, Mascouche, Ile St-Jean) et qui n'a pas de médecin qui fait des visites à domicile. La priorité est cependant accordée aux soins palliatifs. Au CLSC-CHSLD Meilleur, dans GESTRED, il est indiqué qu'il n'y a pas de médecins de garde 24/7 disponibles pour les usagers (et leurs proches). Dans les faits, les médecins de l'unité de médecine familiale (UMF) qui sont de garde pour les soins palliatifs répondent pour les clients de l'UMF, mais aussi pour les clients de la MRC L'Assomption qui n'ont pas de médecin de famille. Ils font des VAD avec prise en charge. Outre, ce fonctionnement, il n'y a pas de services médicaux à domicile en soins palliatifs hormis pour certains médecins en soins palliatifs qui décident occasionnellement de suivre un de leurs patients à domicile, lors de circonstances particulières.

Les médecins de garde en soins palliatifs au CHRDL sont disponibles en seconde ligne en soutien aux médecins de première ligne qui ont besoin d'un coup de main 24/7. Des règles similaires sont en cours d'élaboration à l'HPLG.

Douze médecins assurent la garde à la Maison Adhémar-Dion. Il existe un système de garde pour les CHSLD du RLS de Lanaudière-Nord et un pour celui du RLS de Lanaudière-Sud.

### Accès à une infirmière 24/7

En 2011-2012, dans tous les CLSC de la région, les usagers (catégorie générale) et leurs proches avaient accès à un service de soins infirmiers 24/7.

### Accès à une équipe de soins palliatifs à domicile

En 2011-2012, des **équipes de soins palliatifs** ne sont pas disponibles pour les usagers (catégories générales) et leurs proches, dans des délais maximums de 48 heures, dans les CLSC de la région. Il n'y a pas d'équipe dédiée aux soins palliatifs, mais du personnel en soutien à domicile (infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens en réadaptation physique, nutritionnistes, travailleurs sociaux, techniciens en travail social, médecins, etc.) Les patients en soins palliatifs sont cependant priorisés, et le nombre d'heures de services qui leur est alloué est défini en fonction de différents critères (pronostic, état de santé, etc.). C'est le choix qu'ont fait les CSSS de la région.

Tant au CSSSNL qu'au CSSSSL les patients ont accès à une infirmière dans des délais maximums de 48 heures. Pour ce qui est des autres titres d'emploi, les délais peuvent être plus longs.

Une équipe spécialisée en soins palliatifs pédiatriques est accessible dans des délais de 48 heures, mais n'est pas disponible pour les intervenants du milieu lorsque requise, et ce, dans aucun CLSC de la région.

L'interdisciplinarité en soins palliatifs au CSSSSL est en développement. Un début de formation à ce sujet a été offert. Il existe une équipe inter qui se rencontre à l'HPLG, 1 fois/semaine. (MD, TS, IDSP, bénévole, musico, massothérapeute, pastorale). Un représentant de la Maison Adhémar-Dion participe aux rencontres de cette équipe.

Au CSSSNL, en soins palliatifs à domicile, de la formation sur les PI a été offerte et l'élaboration de ce type de plan pour la clientèle PALV a débuté, mais pas pour la clientèle soins palliatifs.

Au CHRDL une équipe de soins palliatifs est en place et est composée de médecins (2,2 ETC), d'un travailleur social (0,6 ETC), d'infirmières (2 ETC par quart de travail), d'un préposé aux bénéficiaires (1 ETC), d'un infirmier dédié en soins palliatifs (0,8 ETC) d'un technicien en diététisme (0,2 ETC), d'une massothérapeute (0,2 ETC), d'un agent de vie spirituelles (0,4 ETC) et d'un bénévole (0,8 ETC). Selon les besoins, les patients peuvent avoir recours aux services d'un psychologue ou d'un pharmacien. Pour l'instant, les usagers ne participent pas aux rencontres de cette équipe, mais une réflexion à ce sujet a été entreprise. Au CHRDL des plans d'intervention (PI) pour les usagers en soins palliatifs sont élaborés. En soins palliatifs, de la formation sur les PI a été offerte et l'élaboration de ce type de plan pour la clientèle PALV a débuté (pas pour la clientèle soins palliatifs). Au CHRDL, deux fois par année, les membres de l'équipe de soins palliatifs se rencontre pour discuter de sujet clinico-administratif interdisciplinaire.

Il existe une équipe interdisciplinaire à l'HPLG, composé de médecins (ETC), travailleuses sociales (ETC), IDSP (ETC), bénévoles (ETC), musicothérapeutes (ETC), massothérapeutes (ETC), et agente de la pastorale (ETC), qui se rencontre une fois par semaine. Un représentant de la Maison Adhémar-Dion participe aux rencontres de cette équipe. À l'HPLG il n'y a pas de plans d'intervention (PI) pour les usagers en soins palliatifs écrits, mais plutôt des discussions verbales. L'élaboration de PI en soins palliatifs devrait débiter sous peu.

Il n'y a pas de PI d'élaboré à la Maison Adhémar-Dion.

### Accès à une trousse pharmaceutique

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, il n'y avait pas de trousse pharmaceutique 24/7 accessible au CSSSNL. On réfère ici à la disponibilité 24/7 de médicaments selon des modalités connues. L'accès peut se traduire par une trousse physiquement disponible en divers points de service ou par des ententes formelles avec des pharmaciens d'hôpitaux ou communautaires. Il s'agit d'une erreur. La pharmacie du CHRDL était accessible 24/7 pour le personnel des soins palliatifs qui offre des soins et des services aux usagers et aux proches (catégorie générale) sur le territoire. Cependant, en 2011-2012, au CSSSNL, une trousse pharmaceutique complète 24/7 n'était pas disponible physiquement en divers points de service pour le personnel des soins palliatifs qui offre des soins et des services aux usagers et aux proches (catégorie générale) dans les CLSC du Nord de la région.

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, au CSSSSL, une trousse pharmaceutique complète 24/7 était par contre disponible physiquement au CLSC Lamater et au CLSC Meilleur. Il s'agit d'armoires barrées. Le recours à cette trousse est plutôt rare. La pharmacie de l'HPLG se charge de l'approvisionnement des trousse. La pharmacie du CHRDL était également accessible 24/7 pour le personnel des soins palliatifs qui offre des soins et des services aux usagers et aux proches (catégorie générale) sur le territoire.

Aucun intervenant en soins palliatifs d'un CLSC de la région n'avait accès physiquement en divers points de service à une trousse pharmaceutique complète 24/7 pour la clientèle pédiatrique et à une charte des doses pédiatriques. Cependant, le chapitre 30 de l'APES donne toutes les indications relatives à l'administration de médicaments pour la clientèle pédiatrique.

À la Maison Adhémar-Dion et au Centre d'hébergement des Deux-Rives il y a un commun.

Des ententes entre les établissements publics du réseau et des pharmacies communautaires de la région qui acceptent d'être désignées pour rendre disponible sur les heures habituelles d'ouverture ou en dehors des heures habituelles d'ouverture, une liste de médicaments spécialisés en soins palliatifs n'ont pas été conclues. La Maison Adhémar-Dion a cependant conclu une entente avec un pharmacien communautaire du RLS qui accepte de rendre disponible en tout temps, sur les heures habituelles d'ouverture, une liste de médicaments spécialisés en soins palliatifs. Les pharmacies du CHRDL et de l'HPLG sont cependant accessibles 24/7.

Un bottin des ressources est accessible via Info-Santé Web.

On utilise au CLSC Lamater une prescription médicale en soins palliatifs (avec dosage pré établi) qui donne autonomie à l'infirmière du domicile pour l'augmentation de dose, ce qui permet une meilleure gestion de la douleur. Il existe le même type de prescription au CSSSNL. Ces outils ont cependant leur limite.

### *Fournitures et équipements*

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, tous les usagers (catégorie générale) ont accès dans des délais maximums de 48 heures à des fournitures en quantité suffisante lorsque requis, dans des délais appropriés. Au CSSSNL des produits d'incontinence sont remis si des échantillons sont disponibles. Au CSSSSL des fournitures médicales simples sont remises, mais pas de culottes d'incontinence ni de piqués.

De même, tous les usagers (catégorie générale) ont accès dans des délais maximums de 48 heures à de l'équipement (ex. : lit, fauteuil roulant, chaise d'aisance) en quantité suffisante lorsque requis.

À la Maison Adhémar-Dion, les culottes d'incontinence ne sont pas remises aux patients.

Au CSSSNL, oxygène gratuit 12 semaines. Au CSSSSL, l'oxygène est fourni gratuitement pour du court terme (pas de délais maximums inscrits).

### Services de répit et de gardiennage

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, 80 % des usagers (clientèle en général et pédiatrique) ont obtenu des services de gardiennage dans des délais maximums de 48 heures lorsque requis au CSSSSL. Tandis qu'au CSSSNL, cette donnée n'est pas disponible dans le rapport GESTRED (602) 2011-2012. Toutefois, 69 usagers distincts ont reçu des services de répit-gardiennage avec un total de 710 interventions. Cela représente 12 % des 553 usagers suivis en soins palliatifs à domicile (source : I-CLSC).

Au CSSSSL, les usagers (clientèle en général et pédiatrique) ont accès à des lits de répits. Toutefois, les demandes de lits de répits sont plutôt rares comparativement aux demandes de gardiennage puisqu'il s'agit d'une clientèle de soins palliatifs. Tandis qu'au CSSSNL, cette information est non disponible dans le rapport GESTRED (602) 2011-2012.

Au CSSSNL et au CSSSSL, du répit à domicile est disponible. En fonction de certains critères, un nombre d'heures est alloué aux patients. Les OSBL n'offrent pas de répit à domicile dans le cadre des soins palliatifs. Les entreprises d'économie sociale n'offrent pas de répit à domicile dans le cadre des soins palliatifs au CSSSNL, mais le font à l'occasion pour le CSSSSL. On ne peut pas payer un membre de la famille par le biais du chèque emploi. Le chômage compassion est de 8 semaines, avec deux semaines d'attentes.

Au CSSSNL et au CSSSSL, 8 lits d'hébergement ou d'hospitalisation temporaire PALV, pour des séjours d'un maximum de 6 semaines (été 2 semaines) renouvelables, sont disponibles en CHSLD. Ce qui est insuffisant. L'accès à ces lits se fait via le guichet d'accès. Il y a des coûts pour séjourner dans ces lits (15 \$ la nuit et les repas, ce qui exclut les médicaments, les pansements et les culottes). Certaines personnes n'ont pas les moyens d'assumer ces frais. Au CSSSSL, le taux d'occupation est de plus de 90 %.

### Enregistrement de plus de 90 % des usagers à Info-Santé

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, dans tous les CLSC de la région, plus de 90 % des usagers (catégorie générale) suivis en soins palliatifs ont été enregistrés, par l'équipe du soutien à domicile, au service Info-Santé pour qu'ils aient accès à un service de garde 24/7.

Au service Info-Santé, une ligne est dédiée aux patients. De plus, via intranet, les médecins peuvent avoir accès aux informations contenues sur la fiche de chacun des patients. Pour ce faire, ils doivent disposer d'un code accès.

### Support clinique et soutien psychologique aux membres des équipes ainsi qu'aux intervenants offrant des soins directs aux usagers et à leurs proches, dans chacun des sites de prestation de services (support continu)

Selon les données disponibles dans GESTRED, en 2011-2012, ni au CSSSNL ni au CSSSSL des rencontres de soutien n'étaient offertes aux intervenants. Au CHRDL le personnel de l'équipe de soins palliatifs se soutient mutuellement. De plus, 4 fois par année des activités de soutien psychologique sont organisées pour les bénévoles en soins palliatifs.

Au CSSSSL, du soutien psychologique est offert à la demande aux intervenants.

Le PAE est disponible pour le personnel du réseau public.

À la Maison Adhémar-Dion, un psychologue offrait du soutien aux employés (1 fois par mois + au besoin) jusqu'en mars 2012. Elle organisait également des conférences-rencontres pour les employés et les bénévoles. Depuis le début avril 2012, l'organisation a dû mettre un terme au contrat de cette ressource pour des raisons financières.

### Assurer un accès à des lits dédiés de soins palliatifs

Le nombre de lits dédiés à des soins palliatifs au Québec est passé de 615 lits en 2009-2010 à 659 en 2010-2011 et à 700 lits en 2011-2012, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 14 %. La répartition des lits dédiés représente 32 % en maison de soins palliatifs, 17 % en CHSLD et 51 % en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. En 2011-2012 et 2012-2013, dans la région de Lanaudière, le nombre de lits dédiés à des soins palliatifs était de 37. Le tableau ci-dessous, présente le nombre de lits dédiés à des soins palliatifs disponibles selon le type d'établissement.

**Tableau 41**  
**Nombre de lits dédiés à des soins palliatifs disponibles selon le type d'établissement,**  
**par CSSS, Lanaudière, 2011-2012 et 2012-2013**

Établissement	Centre hospitalier (CH)	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Maison de soins palliatifs	Total
CSSSNL	9	0	0	9
CSSSSL	8	8	12	28
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>37</b>

Source : GESTRED

La littérature suggère un ratio de lit par population à 5 lits par 50 000 habitants. À partir de ce ratio et du nombre d'habitants par région, le MSSS a élaboré en 2012, un Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – volets lits dédiés. Selon ce plan, en 2015, le Québec devait disposer de 941 lits, soit 241 de lits de plus qu'en 2011-2012. La région devrait disposer elle en 2015 de 51 lits dédiés à des soins palliatifs au total, soit une augmentation de 14 lits.

**Tableau 42**  
**Ajouts et retraits de lits pour le Québec et ses régions**

No.	Région	Ajout de lits dans les MSP existantes	Ajout de lits dans de nouvelles MSP	Ajout de MSP	Ajout de lits dans d'autres types de ressources	Retrait de lits en CH/CHSLD
1	Bas Saint-Laurent	0	0	0	2	0
2	Saguenay Lac-Saint-Jean	0	6	1	0	4
3	Capitale-Nationale	0	0	0	8	0
4	Mauricie et Centre-du-Québec	4	28	3	0	0
5	Estrie	4	0	0	3	0
6	Montréal	0	58	4	40	30
7	Outaouais	2	18	2	0	0
8	Abitibi-Témiscamingue	0	0	0	0	0
9	Côte-Nord	0	0	0	0	0
10	Nord-du-Québec	0	0	0	0	0
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	7	0
12	Chaudière-Appalaches	0	14	1	6	0
13	Laval	2	0	0	16	0
<b>14</b>	<b>Lanaudière</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
15	Laurentides	5	24	2	0	8
16	Montérégie	23	30	2	10	0
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>186</b>	<b>16</b>	<b>98</b>	<b>42</b>

Source : Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – volets lits dédiés

**Tableau 43**  
**Nombre de lits dédiés à des soins palliatifs requis selon le type d'établissement, par CSSS, Lanaudière, 2011 et 2015**

Établissement	Population		Nb de lits dédiés à des soins palliatifs disponibles en 2011	Nb requis (1)	
	2011	2015		2011	2015
CSSSNL	205 387	215 712	9	21	22
CSSSSL	271 166	290 352	28	27	29
<b>Total</b>	<b>476 553</b>	<b>506 064</b>	<b>37</b>	<b>48</b>	<b>51</b>

Source : Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – volets lits dédiés

Selon le Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – volets lits dédiés du MSSS, 8 lits dédiés à des soins palliatifs devraient être ajoutés dans une nouvelle maison de soins palliatifs et 6 lits dédiés en CHSLD sur le territoire du CSSSNL.

En 2011-2012, 1 079 patients ont été admis dans un lit dédié à des soins palliatifs de la région. Au total, on comptabilise 11 248 jours présences dans un lit de soins palliatifs de la région. On évalue également que 102 patients ont été admis tous au CHRDL pour des soins palliatifs à l'extérieur de l'unité de soins palliatifs de l'établissement en 2011-2012, pour total de 946 jours/présences.

**Tableau 44**  
**Nombre de lits, nombre de jours/présences et nombre de patients admis en soins palliatifs (en soins palliatifs ou hors soins palliatifs) selon le type d'établissement, par CSSS, Lanaudière, 2011-2012**

Établissement	En soins palliatifs			Hors soins palliatifs	
	Nombre de lits	Jours/Présence	Nombre de patients admis	Jours/Présence	Nombre de patients admis
CSSSNL - CH	9	3102	384	946	102
<b>Sous-total</b>	<b>9</b>	<b>3102</b>	<b>384</b>	<b>946</b>	<b>102</b>
CSSSSL - CH	8	2600	528	0	0
CSSSSL - CHSLD	8	2007	46	0	0
CSSSSL - MSP	12	3539	121	0	0
<b>Sous-total</b>	<b>28</b>	<b>8146</b>	<b>695</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>11 248</b>	<b>1079</b>	<b>946</b>	<b>102</b>

Source : GESTRED

## Contribution financière des usagers

Dans la Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004), qui définit la contribution financière des usagers. Il y est clairement indiqué :

« ... exception faite des médicaments, le choix des fournisseurs ou des sites, qu'il s'agisse du domicile ou du CH, devrait être neutre quant à la contribution de l'utilisateur. »

« ... le fournisseur de services qui reçoit un financement public ne doit imposer à l'utilisateur ni contribution financière ni tarification, y compris pour les services d'aide à domicile »

« Les équipements, les fournitures et les aides techniques à domicile doivent être accessibles sans contribution de l'utilisateur; de même que le coût de leur transport et de leur installation ne doit en aucun cas être défrayé par l'utilisateur. »

« Du côté des CH et des CHSLD, les ajustements pour s'adapter aux soins de fin de vie (chambre individuelle, ajout de personnel infirmier, etc.) ne doivent pas entraîner de frais supplémentaires aux usagers. »

« En ce qui concerne l'hébergement temporaire en établissement, le Ministère a établi des taux uniformes qui équivalent aux frais couverts. »

Dans la région de Lanaudière, la contribution financière des usagers varie d'un site à l'autre.

Au CSSSNL, en ce qui concerne les frais de séjour en soins palliatifs, dès que l'utilisateur demande une admission dans une chambre privée ou semi-privée et que la chambre est attribuée au nom de l'utilisateur, celui-ci doit payer le tarif prévu même si son séjour dans une telle chambre devient médicalement requis. Si l'assurance hospitalisation ne couvre pas entièrement le coût du supplément de la chambre, la différence sera facturée à l'utilisateur. Cependant, l'utilisateur peut modifier son choix de chambre en tout temps en avisant le bureau d'admission. Comme l'unité de soins palliatifs possède neuf chambres privées, il arrive très fréquemment que l'utilisateur modifie son choix de chambre et demande une « salle ». En ce moment, il n'y a aucuns frais pour la chambre privée à l'unité de soins palliatifs.

Toujours au CSSSNL, hors soins palliatifs, l'utilisateur paie selon le type de chambre demandé à l'admission. Les personnes en attente d'hébergement paient également lors de l'attente au CHRDL et paient également pour l'hébergement au CHSLD même s'ils ont un pronostic de moins de trois mois.

Au CSSSNL, il n'y a pas encore de maison de soins palliatifs donc le questionnement de la contribution financière de l'utilisateur ne s'applique pas pour le moment.

En CLSC, au CSSSNL, les soins palliatifs peuvent être considérés comme étant du court terme où l'on fait appel aux auxiliaires familiales pour l'aide à la personne. Celles-ci ne font pas l'entretien ménager sauf de petites tâches. Ainsi, la clientèle en soins palliatifs est référée au besoin aux entreprises d'économie sociale en maintien à domicile où il y a une contribution financière à fournir par l'utilisateur. Toutefois l'utilisateur a accès à une exonération financière en fonction de son revenu. Pour les soins palliatifs moyens ou longs termes, ce sont les règles du soutien à domicile qui s'appliquent.

Au CSSSSL, l'utilisateur paie selon le type de chambre demandé à l'admission. Les personnes en attente d'hébergement paient également lors de l'attente au CHPLG et paient également pour l'hébergement au CHSLD même s'ils ont un pronostic de moins de trois mois. À la maison de soins palliatifs, il n'y a pas de frais d'hébergement, mais les clients doivent payer leur médication et les soins particuliers (culotte d'incontinence et pansement spéciaux). Au CHSLD les Deux Rives l'hébergement est gratuit si le patient provient du domicile, MAIS si le patient est en fin de soins actifs au CH l'utilisateur continuera de payer son hébergement dans un lit de soins palliatifs une fois au CHSLD les Deux Rives.

Par ailleurs, dans la région de Lanaudière, des questions relativement à la contribution des compagnies d'assurances privées au remboursement des frais de séjours des usagers en maison de soins palliatifs ont été posées, mais sans trouver de réponse. En 2012-2013, le regroupement des maisons de soins palliatifs du Québec (RMSPQ) a mis en place un comité pour réfléchir à la question.

### *Programmes de soins palliatifs pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée*

Au 1<sup>er</sup> décembre 2012, 8 lits de soins palliatifs sont disponibles au Centre d'hébergement les Deux Rives situé sur le territoire du CSSSSL et aucun sur le territoire du CSSSNL. Ces 8 lits ne sont pas dédiés à la clientèle du CHSLD, mais bien à celle du guichet de soins palliatifs.

Aucun CHSLD, à l'exception du Centre d'hébergement les Deux Rives a mis en place une équipe minimale en soins palliatifs de fin de vie (médecin, infirmière dédiée en soins palliatifs, animateur de pastoral, préposé aux bénéficiaires) et adapter ses services en fonction des besoins des patients qui nécessitent des soins palliatifs sans les transférer.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2012, une approche palliative pour les soins de fin de vie pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée n'est pas disponible dans la région. Dans le cadre du plan d'action hébergement 2012-2015, découlant de la planification stratégique du CSSSSL, une approche palliative sera développée pour les soins de fin de vie pour les personnes hébergées en centre d'hébergement.

Ce ne sont pas tous les CHSLD du CSSSNL qui dispose des ressources pour permettre à leur résident de mourir dans le respect et la dignité en créant des lieux favorisant l'intimité entre le résident et ses proches. Le milieu de vie des CHSLD du CSSSSL permet au résident de mourir dans le respect et la dignité en créant des lieux favorisant l'intimité entre le résident et ses proches. Toutefois, des protocoles de fin de vie sont à développer conjointement avec la direction des soins infirmiers du CSSSSL.

Au CSSSNL, aucun CHSLD n'offre du ressourcement à son personnel. Le personnel qui travaille auprès de la clientèle soins palliatifs au CSSSSL a reçu de la formation spécifique pour mettre en application une approche adaptée à cette clientèle. De plus, le PDRH au sein du CSSSSL permet d'identifier et de prioriser les demandes de formation continue en fonction des besoins de la clientèle et des professionnels.

Il n'y a pas de soins de fin de vie dans les RI et le RP.

### *Assurer l'accessibilité aux transports ambulanciers pour les patients en fin de vie*

Toujours dans la Politique en soins palliatifs de fin de vie publiée par le MSSS en 2004, à la page 55, il est clairement indiqué « En ce qui concerne le transport ambulancier, aucune contribution de l'utilisateur ne peut être exigée, peu importe son origine géographique et son âge. »

De plus, le MSSS a publié en 2009, une circulaire dont le numéro est le 2009-005 (01.01.40.10), mise à jour le 1er novembre 2011, dont le sujet est : Politique de déplacement des usagers. L'Annexe 2 de cette circulaire intitulée : « Particularités s'appliquant au déplacement des usagers de 65 ans et plus et aux soins palliatifs », précise les objectifs de la Politique de déplacement des usagers dans le contexte des soins palliatifs, les usagers admissibles et les responsabilités de paiement.

L'application de cette circulaire semble parfois confuse tant pour les établissements que les compagnies de transport ambulancier, malgré le fait que des rappels ont été effectués auprès de ceux-ci au cours des dernières années. De plus, pour ce qui est de la contribution des usagers pour le transport adapté, la question demeure entière.

### *Coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires*

Selon GESTRED, en 2011-2012, il y avait un **mécanisme de coordination des services en soins palliatifs** à domicile au CSSSSL tandis que ce mécanisme était absent au CSSSNL. Il s'agit d'une erreur.

Le CSSSSL peut compter sur les services d'une infirmière dédiée en soins palliatifs à demi-temps depuis juin 2010 (temps plein depuis 2012). Depuis septembre 2012, un infirmier dédié en soins palliatifs (0,8 ETC) est également entré en poste au CSSSNL.

Au CSSSNL, un comité soins palliatifs première ligne est implanté depuis janvier 2011. Ce comité a pour mandat d'harmoniser les pratiques en première ligne afin de dispenser des soins de qualité et sécuritaire pour la clientèle en soins palliatifs, d'élaborer et uniformiser les pratiques organisationnelles dans un souci d'efficacité et d'équité et en lien avec les orientations stratégiques et finalement d'exercer un pouvoir de recommandation quant aux orientations cliniques à privilégier en première ligne. La fréquence de ces rencontres est aux six à huit semaines. Il est sous la présidence d'une conseillère-cadre en activités cliniques SAD et est composé d'une chef de programme en oncologie et soins palliatifs, d'une chef de programme SAD, d'un infirmier clinicien dédié en soins palliatifs, d'une infirmière de CLSC des quatre MRC du nord de Lanaudière (Joliette, Matawinie, Montcalm, Autray).

Au CSSSSL, il y avait un comité opérationnel des soins palliatifs. Les membres de ce comité se réunissaient aux 8 semaines dans les locaux du CSSSSL. Le mandat de ce comité, composé des gestionnaires du continuum de la lutte contre le cancer, était de s'assurer du bon fonctionnement du continuum. Il était piloté et animé par Mme Caroline Riou, à l'époque, chef du programme de la lutte contre le cancer au CSSSSL. Toutefois, ces rencontres ont cessé environ à l'automne 2011.

Suite à l'entrée en poste de Catherine Delorme, chef du programme de lutte contre le cancer, en juillet 2012, l'ensemble des gestionnaires du continuum de soins de lutte contre le cancer a été rencontré individuellement afin d'identifier leurs principales préoccupations en lien avec le continuum de soins et leur secteur d'activités respectifs. Suite à l'ensemble de ces rencontres, la chef du programme de lutte contre le cancer, conjointement avec Dre Viviane Hoduc, cogestionnaire médicale du continuum de soins – soins palliatifs, ont priorisé les dossiers; en fonction des priorités de l'organisation et en fonction des besoins de la clientèle du continuum de soins. Ainsi, l'ensemble des gestionnaires du continuum de la lutte contre le cancer ont été invités à se référer à le chef du programme de lutte contre le cancer en cas de besoin et ont été saisis qu'ils seraient mis à contribution selon les différents dossiers traités. Finalement, l'ensemble des gestionnaires du continuum de soins sera mis à contribution dans l'avancement des dossiers et sera informé des modifications apportées afin qu'ils puissent transmettre le tout à leurs équipes respectives le moment venu et aussi permettre l'implication de l'équipe médicale et des professionnels concernés.

Au CSSSSL un comité clinico-administratif des soins palliatifs a été mis en place. Les membres du comité clinico-administratif des soins palliatifs se réunissent aux 8 semaines à la Maison Adhémar Dion. Ce comité regroupe tous les médecins des soins palliatifs œuvrant au sein du CSSSSL et à la Maison Adhémar Dion ainsi que les gestionnaires et les intervenants (pharmaciens, bénévoles, etc.). Ce comité est piloté et animé conjointement par le chef médical des soins palliatifs et le chef du programme de la lutte contre le cancer au CSSSSL. Les rencontres de ce comité se déroulent en deux parties. La première partie porte sur la discussion de sujets clinico-administratifs interdisciplinaires. La deuxième partie porte sur la discussion de sujets qui concernent l'équipe médicale.

**Objectif 3.4 Tenir compte de la perspective des personnes atteintes et de leurs proches aidants**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
40 Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer.	Patients consultés dans le cadre de l'Enquête sur la qualité des soins et des services offerts aux personnes atteintes de cancer.	S.O.
41 Faire une enquête sur la qualité des services en matière de lutte contre le cancer au Québec, en se basant sur l'expérience des personnes atteintes de cancer.	Enquête réalisée auprès de 8 700 personnes.	S.O.

**Objectif 3.5 Favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
42 Établir des liens et réaliser des protocoles pour assurer le suivi, lors du retour dans une communauté autochtone, des soins et des services dispensés dans un établissement du réseau québécois.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Suivi des travaux du Partenariat canadien contre le cancer concernant la prise en charge de la population autochtone dans le respect de leur culture, de leur réalité et de leurs besoins;</li> <li>⇒ Une <b>IPO</b> assure la liaison entre le CUSM et la région du Nunavik.</li> </ul>	S.O.

## 4.4 Axe d'intervention 4 : Soutenir l'évolution des pratiques

### Objectif 4.1 Promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer

#### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
43 Concevoir une trousse comprenant notamment des lignes directrices en matière de prévention du cancer et des guides pour le dépistage, l'investigation et le traitement des symptômes et des complications les plus fréquentes, et la distribuer aux médecins de famille.	Reporté	S.O.
44 Créer un programme de formation continue en oncologie à l'intention des médecins de famille en collaboration avec les instances concernées.	Reporté	

## Objectif 4.2 Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations				
	Québec		Lanaudière		
45 S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation.	⇒ Plans de formation développés par les agences :				
	<b>Plans de formation continue</b>				
		<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>		
	Nombre d'agences	6	8		
46 Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer dans chaque région.	⇒ Formation donnée par les équipes suprarégionales :				
		Formation donnée aux membres		Formation donnée aux partenaires	
		2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011
	Nb d'équipes	37	64	37	61
	60 % des équipes interdisciplinaires ont accès à un comité des thérapies du cancer.		Dans chacun des CSSS (100 %), un comité de thérapie du cancer est actif.		

### Objectif 4.3 Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer

#### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
47 Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie.	Création amorcée en cancer du sein.	Pour le moment, dans la région de Lanaudière, il n'y a pas de communautés de pratiques, mais des discussions sont en cours avec les régions de Laval et des Laurentides afin de procéder à la mise sur pied de telles communautés.
48 Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences.	Supprimée.	Supprimée.
49 Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels engagés dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.	<p>Formation d'archivistes, d'IPO, d'infirmières en endoscopie digestive (dépistage) et d'infirmières auxiliaires en soins palliatifs.</p> <p>Formation d'infirmières cliniciennes, d'infirmières en oncologie, de technologues en radiologie mammaire, d'intervenantes psychosociales, de nutritionniste, de chef de programme et d'omnipraticiens</p>	<p>Selon GESTRED, en 2011-2012, 100 % des intervenants de l'équipe interdisciplinaire en oncologie du CSSSNL et du CSSSL (autre que les médecins) ont reçu de la formation financée par l'établissement depuis le 1<sup>er</sup> avril.</p> <p>Dans le cadre du déploiement du registre québécois du cancer et des registres locaux de cancer, des représentants des CSSS de la région ont participé à différentes formations.</p> <p>Une formation sur le cancer du sein et les stratégies de dépistage et facteurs de risque a été offerte à quelques reprises depuis 2010.</p> <p>Pour plus d'informations relativement à la formation sur l'interdisciplinarité, consultez le site de la DQC.</p>

### **Objectif 4.3      Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer**

Le CSSS du Nord de Lanaudière offre une formation générale en oncologie aux nouveaux employés. Cette formation s'adresse aux infirmières et aux **IPO** à la clinique d'hémo-oncologie. Depuis 2010, les nouvelles **IPO** (3) ont reçu une formation de trois jours sur le rôle abrégé de l'**IPO** à l'Hôpital Charles-LeMoine. Trois infirmières pivots ont dû aller en stage de formation au CHRTR étant donné l'absence de ressource **IPO** pour les former au CSSSNL (congé de maternité, départ à la retraite, maladie...). Une démarche avait été faite en 2011 auprès du CSSSL afin de planifier un stage de formation, mais à ce moment, certaines contraintes n'ont pas permis la réalisation de ces stages d'où la nécessité de se diriger vers le CHRTR.

En ce qui concerne les infirmières en salle de traitement, une période d'orientation et de formation de 15 jours est établie. Les premières journées, elles reçoivent une formation théorique de base et par la suite elles sont jumelées à une autre infirmière.

Tous les bénévoles œuvrant en soins palliatifs et à la clinique d'hémo-oncologie du CSSS du Nord de Lanaudière doivent avoir reçu une formation de base, formation de 45 heures offerte par l'organisme Aux Couleurs de la vie. Par la suite, pour travailler à l'unité de soins palliatifs, un stage de 12 heures sous la supervision de la responsable des bénévoles de même qu'une entrevue avec la gestionnaire et la responsable des bénévoles sont nécessaires.

Le chef d'équipe des bénévoles et les bénévoles participent annuellement au Congrès du réseau de soins palliatifs du Québec ainsi qu'au colloque organisé par Vie Nouvelle, un groupe d'entraide pour les personnes atteintes de cancer, pour leurs proches et les intervenants. Les gens viennent se ressourcer et trouver des ressources. C'est un moment d'arrêt et de réflexion.

Des rencontres de soutien pour les bénévoles ont lieu quatre fois par année. Elles sont animées par le chef du service des soins spirituels.

Le pharmacien en oncologie présente des formations sur différents médicaments antinéoplasiques et leur administration. Les membres de l'équipe interdisciplinaire (nutritionniste, intervenante sociale) partagent leurs connaissances spécifiques sous forme de présentation.

La visioconférence, facilement accessible, permet d'accéder à beaucoup de formations. Elle assure l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou des compétences des intervenants de l'équipe et améliore continuellement la qualité et la sécurité des soins en oncologie.

Afin de mettre à jour la formation en oncologie du personnel du CSSS du Nord de Lanaudière, celui-ci participe à différentes formations, colloques et événements. Le tableau 45 présente les formations liées à l'oncologie offerte au personnel du CSSSNL en 2011-2012 et 2012-2013.

**Tableau 45**  
**Formations liées à l'oncologie offertes au personnel du CSSS du nord de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013**

Titre de l'événement	Organisateur	Date	Nb de participants
<b>2011-2012</b>			
La dysphagie oesophagienne	Association des professionnelles des nutritionnistes experts en dysphagie (APNED)	8 avril 2011	✓ 1 nutritionniste
Pérennité des soins en oncologie	Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO)	8 avril 2011	✓ 1 IPO
3 <sup>e</sup> conférence nationale pour vaincre le cancer	Coalition priorité cancer	14 et 15 avril 2011	✓ 1 IPO
Les soins palliatifs 101	Réseau cancer Montérégie	3, 4 et 12 mai 2011	✓ 1 IPO
Le soutien du personnel en oncologie	Centre de lutte contre le cancer du CHUM	17 mai 2011	✓ 1 IPO
Les soins en oncologie	Réseau cancer Montérégie	13, 14 et 15 juin 2011	✓ 1 IPO
Télécolloque international sur l'intervention psychosociale et le cancer	Organisation multiressources pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches (OMPAC)	Du 17 novembre au 15 décembre 2011	✓ 3 intervenantes sociales
Cancer du sein Stratégies de dépistage et facteurs de risque	CCSR du PQDCS	24 janvier et 7 février 2012	✓ 2 IPO ✓ 5 intervenantes sociales ✓ 1 nutritionniste ✓ 5 technologues en radiologie ✓ 1 chef de programme en oncologie ✓ 1 infirmière en oncologie
Implantation d'un registre local de cancer	Projet Registre québécois du cancer	27 mars 2012	✓ 1 chef de programme en oncologie ✓ 1 analyste informatique ✓ 1 chef du service des archives

Titre de l'événement	Organisateur	Date	Nb de participants
<b>2012-2013</b>			
Formation à l'interdisciplinarité	Bernard Deschênes, coordonnateur au développement de pratiques interprofessionnelles et à la recherche, CSSSSL	17 avril 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2 IPO</li> <li>✓ 3 infirmières en salle de traitement</li> <li>✓ 7 intervenantes sociales</li> <li>✓ 1 nutritionniste</li> <li>✓ 1 pharmacien</li> <li>✓ 1 chef de programme oncologie et soins palliatifs</li> </ul>
Séminaire en oncologie : Au cœur de notre engagement le patient et la famille	AQIO	20 avril 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 IPO</li> <li>✓ 1 inf. de salle de traitement</li> </ul>
Journée annuelle de santé mentale	Direction de santé mentale du MSSS avec la DLC	16 mai 2012	✓ 2 intervenantes sociales
Dépistage du cancer du sein : controverses et portrait régional	Département de médecine spécialisée du CSSNL	9 mai 2012	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.
Journée annuelle du Réseau Cancer Montérégie	Réseau cancer Montérégie	8 juin 2012	✓ 1 Chef du programme oncologie - soins palliatifs
Congrès : Les pratiques exemplaires en cancérologie	DQC	30 novembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 chef de programme oncologie et soins palliatifs</li> <li>✓ 2 infirmières de salle de traitement</li> <li>✓ 1 travailleuse sociale (PQDCS)</li> </ul>
Les tumeurs stromales gastro-intestinales	Département de médecine spécialisée du CSSNL	16 novembre 2011	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.
Le visage changeant du tabagisme	Département de médecine spécialisée du CSSNL	14 décembre 2011	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.
Cancer colorectal : prévenir et dépister	Département de médecine spécialisée du CSSNL	18 avril 2012	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.

Titre de l'événement	Organisateur	Date	Nb de participants
Recherche de néoplasie lors de thrombose veineuse	Département de médecine spécialisée du CSSSNL	2 mai 2012	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.
Protocole de thromboprophylaxie	Département de médecine spécialisée du CSSSNL	5 décembre 2012	✓ Plusieurs médecins, omnipraticiens et spécialistes, plusieurs infirmières cliniciennes, pharmaciens, etc.

Au CSSS du Sud de Lanaudière, une formation générale de base est offerte aux nouvelles infirmières. Dans la première demi-journée, la philosophie des soins du Centre d'oncologie ainsi que l'équipe interdisciplinaire et leurs rôles respectifs sont présentés. Une description de la clientèle et une visite des lieux sont aussi effectuées. Lors de la seconde demi-journée, les techniques de soins utilisées, la chimiothérapie et ses effets secondaires, l'enseignement aux patients et la relation d'aide sont abordés. Par la suite, l'infirmière est jumelée avec une infirmière bachelière pour une période de 3 à 4 jours (2005).

Au CSSS du Sud de Lanaudière, il y a une mise à jour de la formation des professionnels de l'équipe. Au quotidien, les pharmaciens informent les infirmières sur les nouveaux médicaments ou sur les nouvelles méthodes d'administration des produits. Par ailleurs, chaque professionnel est responsable de la mise à jour de sa formation, par des conférences, des colloques ou des lectures et est supporté si possible en ce sens par l'établissement. Bien sûr, un échange entre les différents professionnels sur l'acquisition de nouvelles connaissances est encouragé. Toujours en tenant compte de l'interdisciplinarité. Le CSSS du sud de Lanaudière profite également des rencontres de l'équipe interdisciplinaire afin de répondre aux questions des professionnels concernant les différentes pathologies. La formation et sa mise à jour des autres collaborateurs de l'équipe sont aléatoires et dépendent des ateliers ou des colloques qui sont organisés à l'externe soit par des associations ou des établissements dédiés (2005).

Le tableau 46 présente les formations liées à l'oncologie offerte au personnel du CSSSSL en 2011-2012 et 2012-2013.

**Tableau 46**  
**Formations liées à l'oncologie offertes au personnel du CSSS du sud de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013**

Titre de l'événement	Organisateur	Date	Nb de participants
<b>2011-2012</b>			
Journée scientifique suprarégionale en uro-oncologie sous le thème du cancer de la prostate	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	27 mai 2011	✓ 1 IPO
21 <sup>e</sup> congrès du réseau de soins palliatifs du Québec	Réseau des soins palliatifs du Québec (RSPQ)	30 et 31 mai 2011	✓ 1 IPO
Journée de formation dédiée aux infirmières en onco - soins palliatifs « Le cancer colorectal : soins de pointe pour mieux comprendre et mieux soigner »	AQIO	3 juin 2011	✓ 1 IPO
Séminaire en oncologie « Les cancers gynécologiques et urologiques »	Centre de lutte contre le cancer du CHUM	4 novembre 2011	✓ 1 IPO
Cancer du sein Stratégies de dépistage et facteurs de risque	CCSR du PQDCS	15 novembre 2011	✓ 2 IPO ✓ 2 technologues en radiologie ✓ 1 infirmière clinicienne ✓ 2 omnipraticiennes ✓ 1 intervenante sociale
<b>2012-2013</b>			
Congrès : Les pratiques exemplaires en cancérologie	DQC	30 novembre 2012	
Congrès du CSSS du Sud de Lanaudière : Le traitement oncologique et ses effets secondaires Masse aux seins : Quels traitements doit-on choisir?	Comité d'éducation médicale continue du CSSSSL	31 mai, 1 et 2 juin 2013	À venir
Autre, spécifiez :			
Autre, spécifiez :			

En ce qui concerne plus spécifiquement les **IPO**, au CSSS du Nord de Lanaudière, l'**IPO** en poste depuis plusieurs années, mais qui a quitté en octobre 2012 pour sa retraite, n'avait jamais reçu la formation de base pour les infirmières en oncologie. Toutefois, il avait obtenu la certification canadienne des infirmières en oncologie en 1997 et était toujours membre actif de l'association canadienne des infirmières en oncologie (CANO/ACIO) et de l'association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO). Il renouvelait sa certification en oncologie aux 5 ans.

Un deuxième poste d'**IPO** a été ajouté. Cette seconde **IPO arrivée en poste en mars 2011** a reçu sa formation de base à l'Hôpital Charles-LeMoine par l'intermédiaire du Réseau cancer Montérégie (Formation abrégée du rôle des **IPO** (13, 19 et 20 avril 2011), les soins palliatifs 101 (3, 4 et 12 mai 2011) et les soins en oncologie 101 (13-14-15 juin 2011)). Elle a bénéficié également d'un stage au CHRTR pour une période de 10 jours et par la suite a reçu 10 jours d'orientation avec l'**IPO** du CSSSNL. Elle n'a pas encore obtenu sa certification en oncologie. Depuis décembre 2012, elle a quitté temporairement son emploi pour un congé de maternité. Une infirmière clinicienne a été orientée en janvier 2013 afin d'assurer ce remplacement d'au moins un an. Elle a également reçu la formation de base à l'Hôpital Charles-Le Moine du Réseau de cancérologie de la Montérégie (Formation abrégée du rôle des **IPO**). Elle a participé à un stage de 10 jours au CHRTR ainsi qu'une orientation de 14 jours avec l'**IPO** en place au CSSSNL.

L'**IPO** embauchée à la fin septembre 2011, suite au départ à la retraite de l'un des **IPO** a reçu également la formation de base de 3 jours sur le rôle abrégé de l'**IPO** à l'Hôpital Charles-LeMoine. Elle a aussi bénéficié d'un stage de dix jours au CHRTR et une orientation de 10 jours avec les **IPO** du CSSSNL. En janvier 2013, elle a pris la décision de se retirer de ce poste. L'**IPO**, récemment retraité, a été rappelé afin d'assurer la continuité du service. Il travaille quatre jours par semaine.

La stabilisation des postes d'**IPO** au CSSSNL constitue un enjeu majeur. Ce sont des postes stratégiques où l'expérience et l'expertise doivent s'acquérir rigoureusement.

Le chef de programme en lutte contre le cancer du CSSSNL a également participé à la formation **IPO** du Réseau cancer Montérégie (10 et 11 novembre et 9 décembre 2010).

Au CSSS du sud de Lanaudière, une seule **IPO** a participé à la formation de base offerte en 2006 par la DLCC à Montréal. C'est cette **IPO** sénior certifiée qui a par la suite assuré la formation de base aux deux autres **IPO**. Ces dernières ont par ailleurs reçu la certification canadienne des infirmières en oncologie en 2011.

Pour l'année 2012, l'Agence s'est engagé auprès des **IPO** qui exercent leur fonction dans un centre hospitalier de la région de Lanaudière à assumer leurs frais d'adhésion à l'AQIO et à l'ACIO. Au CSSSNL, deux **IPO** y ont adhéré.

À titre de rappel, dans la foulée de l'implantation du rôle d'**IPO**, la DLCC a élaboré en 2005, un programme de formation de 12 jours à l'intention de celles-ci. Ce programme, dont l'objectif était d'offrir une formation de base identique et de qualité à toutes les **IPO** du Québec, a été offert, par les agences, dans certaines régions du Québec, ainsi que par la DLCC à Québec et à Montréal. En tant que responsable de la formation des infirmières pivots en oncologie, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a offert la formation, en 2005-2006, puis au printemps 2007.

En décembre 2012, le MSSS mettra en ligne le premier module sur les urgences oncologiques du programme de formation « *e-learning* » à l'intention des infirmières pivots en oncologie, en partenariat avec le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. L'ensemble des modules sera disponible en avril 2013. Ce programme s'adressera éventuellement aux infirmières qui travaillent auprès de la clientèle en oncologie et à d'autres professionnels en oncologie. Cette formation est gratuite. Le MSSS s'apprête également à :

- ⇒ diffuser un outil standardisé d'évaluation initiale des personnes atteintes de cancer et de leur famille accompagné d'un guide;
- ⇒ diffuser un outil d'appréciation de la pratique des infirmières pivots en oncologie;
- ⇒ diffuser les résultats préliminaires d'une étude visant à documenter la charge de travail des **IPO** et le nombre d'**IPO** requis;
- ⇒ élaborer un nouvel indicateur visant à établir un délai d'attente maximal pour avoir accès à une **IPO** à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer. Cet indicateur sera validé au cours de la prochaine année auprès de quelques sites au Québec et sera inscrit dans les ententes de gestion pour l'année financière 2013-2014.

La DQC en collaboration avec la Société canadienne du cancer a développé une formation en soins palliatifs pour les infirmières sous forme *e-learning*, d'une durée de 7 heures (2 jours en présentiel), dont le but est de familiariser les participants aux soins palliatifs. C'est un complément à la formation *e-learning* pour les **IPO**. Cette formation devrait être disponible en septembre 2013.

Actuellement, la DQC en collaboration avec des universités développe également un programme de formation pour des infirmières praticiennes spécialisées en oncologie.

Dans le cadre du déploiement du registre québécois du cancer et des registres locaux de cancer, différentes formations ont également été proposées au personnel des établissements de la région, le tableau 47 en dresse la liste.

**Tableau 47**  
**Liste des formations offertes au personnel des CSSS de la région de Lanaudière en 2011-2012 et 2012-2013**

Formation	Date	Proportion d'archivistes		
		Lanaudière	CSSSNL	CSSSSL
Attestation d'étude collégiale (AEC) en registre des tumeurs en oncologie	Avril à décembre 2012	4/6	2/3	2/3
Implantation d'un registre de cancer	23 avril ou 28 mai 2012	3/6	1/3	2/3
Règles primaires multiples et cytologie (RPM)	12 et 13 décembre 2011 ou 9 et 10 octobre 2012 ou 22 et 23 octobre 2012	6/6	3/3	3/3
Règles de déclaration des tumeurs primaires multiples (RPM) et des histologies complexes par discussion de cas	15 ou 16 octobre 2012	3/6	2/3	1/3
Cadre normatif et guide de saisie	8 ou 9 ou 12 ou 13 ou 19 ou 20 novembre 2012	4/6	2/3	2/3
Règles primaires multiples des cancers hématopoiétiques		/6	/3	/3
Aspects légaux				

Une formation sur l'implantation d'un registre local de cancer a également été offerte le 27 mars 2012 aux responsables clinico-administratifs et médicaux des programmes de lutte contre le cancer des agences et des établissements, aux chefs des archives et aux personnes dédiées aux technologies informatiques pour le projet RQC des agences et des établissements.

## Objectif 4.4 Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes

### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
50 Mandater et soutenir le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration des guides de pratique quant à l'utilisation appropriée des nouveaux agents antinéoplasiques.	Intégration d'oncologues, par le CEPO, au processus d'évaluation des médicaments anticancéreux de l'INESSS.	S.O.
51 Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et en évaluer l'adoption par les praticiens.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Publication de 18 guides de pratique;</li> <li>⇒ Publication de plus de 150 mises à jour et nouveaux guides d'administration et fiches de conseils destinées aux patients;</li> <li>⇒ Développement d'un modèle d'ordonnance préformaté.</li> </ul>	S.O.
52 Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées (ex. : standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires).	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Anatomopathologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Standardisation de sept protocoles de pathologie pour les quatre principaux types de cancer;</li> <li>✓ <i>Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie pour les phases préanalytique et analytique.</i></li> </ul> </li> <li>⇒ Chirurgie oncologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer colorectal.</li> </ul> </li> <li>⇒ Recommandations en cours d'élaboration concernant la sécurité des médicaments antinéoplasiques (publication en 2012).</li> </ul>	<p>Diffusion des outils aux établissements.</p> <p>Chirurgie oncologique - standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer colorectal : l'ensemble des chirurgiens de la région a reçu la formation et l'accès.</p>
53 Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Élaboration d'un <i>Formulaire d'évaluation initiale en soins infirmiers</i>;</li> <li>⇒ Module d'apprentissage en ligne (<i>e-learning</i>) destiné à l'<b>IPO</b>.</li> </ul>	Diffusion des guides de pratique et des cadres de référence aux établissements.

**Objectif 4.5 Encourager la prise en compte des enjeux reliés à la lutte contre le cancer dans les priorités des organisations impliquées dans la recherche sur le cancer**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
54 Intensifier les liens entre la Direction de la lutte contre le cancer et les organisations actives en recherche sur le cancer, notamment le Réseau de recherche en cancer du Fonds pour la recherche en santé du Québec.	2,5 M\$ versés pour la recherche en cancer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les rapports produits par l'INESSS en liant avec la cancérologie ont été diffusés aux établissements de la région.</li> <li>Le CCLCCL a participé aux travaux de l'INESSS relativement aux conditions essentielles pour la création d'un réseau régional optimal de lutte contre le cancer au Québec.</li> </ul>

**Objectif 4.6 Favoriser le partage d'information et divers échanges avec nos partenaires canadiens et internationaux**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
55 Participer à des initiatives canadiennes et internationales visant notamment à optimiser la production des guides de pratique clinique ou à développer des normes et des méthodes novatrices de soins.	Participation aux travaux du Partenariat canadien contre le cancer et de l'Association canadienne des agences provinciales de cancer.	S.O.

## 4.5 Axe d'intervention 5 : Évaluer l'atteinte des résultats

### Objectif 5.1 : Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité

#### Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
56 Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles, notamment quant à l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cible <b>IPO</b> : 70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont accès à une <b>IPO</b> dans un délai de 48 heures d'ici 2015;</li> <li>• Cible en chirurgie oncologique : 90 % des patients traités à l'intérieur de 4 semaines et 100 % traités à l'intérieur de 8 semaines d'ici 2015, avec seuils annuels à respecter;</li> <li>• Cible en radio-oncologie : 90 % des patients traités à l'intérieur de 4 semaines et 100 % traités à l'intérieur de 8 semaines;</li> <li>• Cible en oncologie buccodentaire : 100 % des patients ont accès aux services prévus d'oncologie buccodentaire;</li> <li>• Cibles en soins palliatifs à domicile : 24 944 personnes desservies et 16 interventions en moyenne par personne desservie;</li> <li>• Cible en soins palliatifs : 1 lit/10 000 personnes d'ici 2015.</li> </ul>	<p>Ces cibles se retrouvent dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 liant l'Agence et le MSSS;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 liant l'Agence et le MSSS;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 liant l'Agence et le CSSS du Nord de Lanaudière;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Nord de Lanaudière;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 liant l'Agence et le CSSS du Sud de Lanaudière;</li> <li>• L'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Sud de Lanaudière;</li> </ul>

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• GESTRED (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes) du MSSS;</li> <li>• Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS);</li> <li>• La cible en oncologie buccodentaire ne figure dans aucun document officiel élaboré par l'Agence.</li> </ul>
57 Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cible atteinte à 87 % quant au ratio de 1 lit/10 000 de population en 2012;</li> <li>• Cible atteinte à 100 % en oncologie buccodentaire depuis 2009;</li> <li>• Cible atteinte à 100 % pour les patients traités à l'intérieur de 8 semaines en radio-oncologie depuis août 2006. (Rosalie Ménard)</li> </ul>	Aucun n'outil n'est disponible actuellement pour mesurer l'atteinte de la cible en oncologie buccodentaire.
58 Déterminer aux ententes de gestion des indicateurs relatifs à l'accès, à la qualité, à l'efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cible du nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile atteinte à 78 % (excluant celles qui ont reçu des services par des organismes mandatés);</li> <li>• Cible du nombre moyen d'interventions par personne desservie en soins palliatifs à domicile atteinte à 100 % et dépassée depuis 2007.</li> </ul>	

## **Objectif 5.1 Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité**

### **Principales réalisations dans Lanaudière plus en détails.**

Les cibles ministérielles reliées à l'accès à une **IPO** dans un délai de 48 heures, aux délais de traitement en chirurgie oncologique et en radio-oncologie, se retrouvent dans différents documents officiels, que ce soit dans le *Plan stratégique 2010-2015* de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et les ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le MSSS de même que l'Agence et les CSSS de la région. À compter de 2013-2014, l'accès à une **IPO** dans un délai de 48 heures sera suivi via le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Quant aux délais de traitement en chirurgie oncologique, il est suivi via le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Pour sa part, la radio-oncologie est suivie dans GESTRED.

**Tableau 48**  
**Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière**  
**Enjeu 2 – L'adaptation de l'offre de service**  
**Orientation stratégique 4 – Améliorer le soutien et le suivi des clientèles vulnérables**

<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Cibles régionales</b>
Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans les 48 heures.	70 % des personnes d'ici 2015
Assurer aux personnes atteintes de cancer des services de chirurgie oncologique et de chimiothérapie à l'intérieur d'un délai de 28 jours.	Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chirurgie oncologique et en chimiothérapie.	90 % des personnes d'ici 2015

**Tableau 49**  
**Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le MSSS**

Objectifs	Indicateurs	Engagements régionaux	Cibles régionales 2015
<b>2011-2012</b>			
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer			
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une <b>IPO</b> dans un délai de 48 heures.	1 000 personnes bénéficieront des services d'une <b>IPO</b> en 2011-2012	
<b>2012-2013</b>			
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer			
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une <b>IPO</b> dans un délai de 48 heures (Indicateur 1.09.40).	Aucun engagement n'est requis pour 2012-2013	70 % des personnes d'ici 2015
<b>Axe d'intervention : Médecine et chirurgie</b>			
3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio-oncologie (Indicateur 1.09.07);</li> <li>• Chirurgie oncologique (Indicateur : 1.09.33);</li> <li>• Chimiothérapie/traitements systémiques (Indicateur 1.09.41).</li> </ul>	S. O. 70 % en 2012-2013  Aucun engagement n'est requis pour 2012-2013.	S. O. 90 % des personnes d'ici 2015.  90 % des personnes d'ici 2015.

**Tableau 50**  
**Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Nord de Lanaudière**

Objectifs	Indicateurs	Engagements régionaux
<b>2011-2012</b>		
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une <b>IPO</b> dans un délai de 48 heures.	Offrir les services d'une <b>IPO</b> à 474 personnes en 2011-2012.
<b>2012-2013</b>		
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
Axe d'intervention : Médecine et chirurgie		

**Tableau 51**  
**Ententes de gestion et d'imputabilité 2011-2012 et 2012-2013 liant l'Agence et le CSSS du Sud de Lanaudière**

Objectifs	Indicateurs	Engagements régionaux
<b>2011-2012</b>		
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une <b>IPO</b> dans un délai de 48 heures.	Offrir les services d'une <b>IPO</b> à 526 personnes en 2011-2012.
<b>2012-2013</b>		
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
Axe d'intervention : Médecine et chirurgie		

Par ailleurs, les cibles en soins palliatifs à domicile (nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile et nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile) qui auparavant figuraient dans les ententes de gestion ont été retirées de celles-ci en 2011-2012. Cependant, elles sont toujours suivies via le système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) du MSSS de même que la cible « Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée ». La cible concernant le nombre de lits en soins palliatifs est également dans GESTRED.

**Objectif 5.2 : Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer**

**Mesures et principales réalisations Québec et Lanaudière**

Mesures	Principales réalisations	
	Québec	Lanaudière
59 Mettre en place un Registre québécois du cancer (RQC) en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, le RQC reçoit les déclarations de cancers provenant des rapports de pathologie et de cytologie de l'ensemble des 50 établissements ayant un laboratoire de pathologie.</li> <li>• Informations transmises pour 100 % des cas de cancer depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.</li> <li>• La mise en place se poursuit jusqu'au 31 décembre 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis le 1<sup>er</sup> avril, les deux CSSS de la région transmettent des données au RQC.</li> <li>• En date du 1<sup>er</sup> juin 2014, le CSSS du Nord de Lanaudière a transmis 100 % des cas de 2011 et le CSSS du Sud de Lanaudière 100 % des cas à la RAMQ.</li> <li>• Dans chacun des CSSS, un RLC est en place.</li> </ul>
60 Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'incidence du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de l'implantation des guides de pratique clinique du CEPO.</li> <li>• Évaluation de la gestion de l'accès en endoscopie (coloscopie).</li> <li>• Évaluation de l'utilisation du passeport en oncologie.</li> <li>• Évaluation du processus de désignation des équipes interdisciplinaires en oncologie.</li> </ul>	S.O.

## **Objectif 5.2 : Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer**

Le déploiement du RQC s'est amorcé en avril 2011. La première étape visait l'ajout des rapports de pathologie comme source de données pour la déclaration des cas de cancer diagnostiqués en 2011 et 2012. Tous les établissements ayant un laboratoire de pathologie (50 établissements au Québec) devaient obligatoirement transmettre certains éléments (15) pour tous les sièges de cancer, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, et ce, rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Selon les données dont nous disposons, le CSSS du Nord de Lanaudière a transmis 100 % des cas de 2011 et le CSSS du Sud de Lanaudière 100 % des cas à la RAMQ<sup>27</sup>. Pour le Québec, le taux moyen de transmission est de 60 %. À la fin de période financière 11, soit le 9 janvier 2013, la cible de transmission, comme indiqué dans le formulaire 610 de GESTRED, était de 75 % des nouveaux cas de cancer 2012.

La seconde étape permet l'ajout de nouvelles informations au RQC en provenance des registres locaux de cancer (RLC). Cette phase a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Pour rendre cela possible, tous les établissements ciblés devaient avoir mis en place un RLC fonctionnel en mesure de transmettre les nouvelles données à la RAMQ. Pour procéder à ce déploiement, un sous-comité de déploiement régional a été mis en place. Ce dernier est composé de représentants des CSSS de la région et de l'Agence (voir liste des membres à l'annexe 1). De même, les établissements ont également mis en place des comités d'implantation. Au CSSS du Nord de Lanaudière, un comité directeur et un comité de gestion ont été mis en place. Au CSSS du Sud de Lanaudière, un comité directeur, un comité d'implantation et un comité opérationnel ont également vu le jour. L'Agence a également procédé à l'élaboration d'un modèle de déploiement RLC-RQC et d'un plan de déploiement régional. Les établissements ont de leur côté rédigé des plans d'action locaux. Chacun des CSSS dispose maintenant d'un RLC fonctionnel.

---

<sup>27</sup> Méthode de calcul selon les formulaires GESTRED et le RQC

## 5. LES VISÉES DU PROGRAMME RÉGIONAL 2011-2016

### 5.1 Les principes mis de l'avant

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

- l'autonomie et le respect des personnes : la personne atteinte est la première à pouvoir cheminer vers son mieux-être. Les intervenants qui l'entourent sont disponibles pour l'informer, l'aider à prendre ses propres décisions et lui offrir les meilleurs services possible selon les ressources disponibles;
- la globalité des besoins : il faut considérer la globalité des besoins de l'individu et de son entourage. Cela implique de tenir compte des dimensions biopsychosociales et spirituelles et de travailler en partenariat avec la famille et les proches;
- le droit à des services de qualité : la population est en droit de recevoir des services qui répondent aux normes de qualité les plus élevées.

La qualité des services offerts à la population est conditionnée par de multiples facteurs, comme la disponibilité du service, son accessibilité, des pratiques cliniques respectant les standards les plus élevés, des rapports humains empreints de respect et de courtoisie et un environnement physique adapté. Notre vision reconnaît, de façon particulière, que l'ensemble des intervenants qui sont appelés à travailler avec des personnes atteintes de cancer, et leurs proches doivent pouvoir obtenir, sous différentes formes, les informations, la formation et le soutien nécessaires à la pleine réalisation de leur rôle.

### 5.2 Les objectifs et les mesures stratégiques retenus

Afin d'implanter le PRLCCL et d'avancer vers l'atteinte de notre objectif ultime, nous avons identifié les enjeux que nous considérons comme prioritaires pour la région au cours des prochaines années. Les objectifs retenus pour notre région sont regroupés dans le tableau du plan d'action 2012-2014 et 2014-2020 dans les sections suivantes.

## 5.3 Le plan d'action lanadois de lutte contre le cancer 2012-2014

### Axe d'intervention 1 : Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 1.1 : Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et de services</b>					
1 Analyser les projets cliniques des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie, et au suivi de deuil.	Remplacée par le programme régional (Mesures 3.).				
2 Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque centre hospitalier engagé dans la lutte contre le cancer.	2.1 Soutenir les CSSS dans la mise en place d'un comité de coordination et d'implantation d'un programme local de lutte contre le cancer.	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de comités de coordination et d'implantation d'un programme local de lutte contre le cancer (Cible : 2).</li> <li>Nb de rencontres de chacun des comités de coordination et d'implantation d'un programme local de lutte contre le cancer par année (Cible : non déterminée).</li> </ul>
	2.2 Soutenir les CSSS dans l'élaboration de leur programme ou d'un projet clinique de lutte contre le cancer et soins palliatifs au sein de chacun des CSSS.	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de programmes ou projets cliniques de lutte contre le cancer et soins palliatifs élaborés (Cible : 2).</li> </ul>
3 Poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer.	3.1 Poursuivre les rencontres des comités et sous-comités régionaux de lutte contre le cancer mis en place.	Agence	Rémunération des médecins	Continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de rencontres du CSLCCL par année (Cible 2 à 3 rencontres).</li> <li>Nb de rencontres du CCLCCL par année (Cibles 4 à 6 rencontres)</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de rencontres du sous-comité scientifique par année (non déterminée).</li> <li>Nb de rencontres du sous-comité santé publique par année (non déterminée).</li> <li>Nb de rencontres du sous-comité soins palliatifs par année (non déterminée).</li> <li>Nb de rencontres du sous-comité RQC-RLC par année (non déterminée).</li> </ul>
	3.2 Suivre et évaluer programme régional de lutte contre le cancer (PRLCC).	Agence		Avril 2013 Avril 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de bilans annuels réalisés (Cible : 2).</li> </ul>
<b>Objectif 1.2 : Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer</b>					
4 Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.	4.1 Définir plus précisément le mandat, la gouverne et le fonctionnement du centre spécialisé de cancer.	Agence CSSSNL CSSSSL		Continu	
	4.2 Mettre en place progressivement le centre spécialisé de cancer.	Agence CSSSNL CSSSSL		Continu	
5 Terminer la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement engagé dans la lutte contre le cancer.	Consolider l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer au sein du CSSSNL.	Agence CSSSNL CSSSSL	641 826 \$ R (Ressources humaines)	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) de nutritionniste (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'intervenante sociale (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'IPO (Cible : 1 ETC).</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'agente administrative classe 2 (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) de pharmacien (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nombre de postes (ETC) de chef de programme (Cible : 1 ETC).</li> </ul>
	Consolider l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer au sein du CSSSL et répondre à l'accroissement des volumes d'activité en oncologie (phase 1).	Agence CSSSNL CSSSSL	347 885 \$ R (Ressources humaines) 392 499 \$ R (Fournitures et autres dépenses.) 196 713 \$ NR (Équipements médicaux et non médicaux, ressources informationnelles et rénovation fonctionnelle immobilière).	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'infirmière auxiliaire (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'IPO (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) d'agente administrative classe 3 (Cible : 0,8 ETC).</li> <li>Nb de nouveaux postes (ETC) de pharmacien (Cible : 1 ETC).</li> <li>Nb de traitements de chimiothérapie par année (Cible : Non déterminée).</li> </ul>
	Soutenir le CSSSNL afin qu'il finalise l'élaboration de ses critères d'orientation (de référence).	Agence CSSSNL	Aucune	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de professionnels pour lesquels des critères de référence ont été élaborés (Cible : 2).</li> </ul>
	Soutenir les CSSS afin qu'ils poursuivent l'organisation de rencontres cliniques interdisciplinaires, de rencontres administratives, de rencontres des Comités des thérapies du cancer (CTC).	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	Bimensuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de rencontres cliniques interdisciplinaires par CSSS par année (Cible : 25).</li> <li>Nb de rencontres administratives par CSSS par année (Cible : 25).</li> <li>Nb de rencontres de CTC par CSSS par année (Cible : 25).</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Soutenir les CSSS dans le démarrage de rencontres de soutien.	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	2012-2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de rencontres de soutien organisés dans chacun des CSSS par année (cible : non déterminée).</li> <li>Nb de colloques régionaux sur le thème de l'interdisciplinarité organisés (Cible : 1).</li> <li>Nb de participants à chacun des colloques régionaux sur le thème de l'interdisciplinarité organisés (Cible : non déterminée).</li> </ul>
	Soutenir les CSSS au cours du second cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb d'équipes interdisciplinaires désignés lors du second cycle d'évaluation en fonction du niveau de soins (de base, spécialisée et surspécialisée) (Cible : 2 équipes de base et 1 spécialisé).</li> </ul>
6 Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la première ligne et les soins spécialisés et ultraspécialisés.	Élaborer des ententes formelles de corridors de services en radio-oncologie entre les régions de Lanaudière et Montréal.	Agence de Lanaudière Agence de Montréal-Centre	Aucune	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb d'ententes formelles de corridors de services en radio-oncologie élaborées entre les régions de Lanaudière et Montréal (Cible : 2).</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 1.3 : Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et des services dans la lutte contre le cancer</b>					
7 Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer, incluant les équipes pour les cancers rares et les problèmes complexes, en vue de leur attribuer un mandat suprarégional.					
8 Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.					
9 Mettre en place un mécanisme visant à soutenir les agences dans la correction des lacunes observées lors des visites d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.					
10 Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie (IPO).	Voir actions				
11 Optimiser l'accès aux services de soutien psychosocial.					
12 Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	Soutenir les CSSS afin qu'ils poursuivent la formation sur le thème de l'interdisciplinarité.	Agence CSSSNL CSSSSL	Aucune	Continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de formations sur le thème de l'interdisciplinarité organisées par CSSS par année (Cible : Non déterminée).</li> <li>Nb d'équipes ayant participé à une activité de formation sur l'interdisciplinarité ou ayant bénéficié d'un accompagnement dans ce sens par CSSS par année (Cible : non déterminée).</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb d'individus ayant participé à une activité de formation sur l'interdisciplinarité ou ayant bénéficié d'un accompagnement dans ce sens par CSSS par année (Cible : non déterminée).</li> </ul>
	Organiser un colloque régional sur le thème de l'interdisciplinarité.	Sous-comité scientifique	10 000 \$	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de colloques régionaux organisés (Cible : 1)</li> <li>Nb d'individus ayant participé à chacun des colloques régionaux sur le thème de l'interdisciplinarité (Cible : non déterminée).</li> </ul>

## Axe d'intervention 2 : Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 2.1 : Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, à savoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif, le non-tabagisme et la consommation limitée d'alcool et créer des environnements qui en facilitent l'adoption</b>					
13 Adopter et mettre en œuvre des politiques, et créer des milieux de vie favorables à la santé, par des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, par des actions – interventions, par la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation, la consommation d'alcool à faible risque et la pratique de l'activité physique, et par la promotion de l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique.					
Milieux scolaires, services de garde à la petite enfance et maisons de jeunes.	Mise en œuvre des activités dans le cadre des orientations de la <i>Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif</i> dans 50 % des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires (CS) des Affluents et des Samares, incluant des services de garde à la petite enfance.	CSSSNL-CSSSSL-Commissions scolaires	1 nutritionniste 2 kinésiologues	2015	Pourcentage des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires des Affluents et des Samares.
	Réalisation d'activités de promotion d'une saine alimentation selon l'approche individuelle dans 50 % des écoles des CS des Affluents et des Samares et selon l'approche environnementale dans 50 % des écoles des CS des Affluents et des Samares.	CSSSNL-CSSSSL-Commissions scolaires		2015	Pourcentage des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires des Affluents et des Samares.
	Activités visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique dans 50 % des écoles primaires des CS des Affluents et des Samares.	CSSSNL-CSSSSL-Commissions scolaires		2015	Pourcentage des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires des Affluents et des Samares.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Réalisation d'activités de promotion de l'activité physique dans le cadre d'une approche environnementale dans 50 % des écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares ou maisons de jeunes reconnues, et dans le cadre d'une approche individuelle dans 50 % des écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares ou maisons de jeunes reconnues.	CSSSNL-CSSSSL- Commissions scolaires		2015	Pourcentage des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires des Affluents et des Samares.
	Création d'un réseau de 100 intervenants en lien avec les jeunes des écoles des CS des Affluents et des Samares, pour participer à des échanges et de la formation sur les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique).	DSP		2015	En 2015, un réseau sera créé.
	Déploiement d'activités de prévention des toxicomanies selon l'approche École en santé dans toutes les écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares et dans toutes les écoles secondaires privées.	OC		2015	En 2015, toutes les écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares et toutes les écoles secondaires privées déploieront des activités.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Déploiement d'activités de prévention des toxicomanies selon l'approche École en santé dans toutes les classes de 6e année des écoles primaires des milieux défavorisés des CS des Affluents et des Samares.</p> <p>Déploiement d'activités de prévention du tabagisme selon l'approche École en santé dans 50 % des écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares.</p> <p>Maintenir des activités de promotion de la santé et de prévention dans toutes les maisons de jeunes.</p>	<p>Organismes communautaires (OC)</p> <p>DSP-CSSSSL-CSSSNL</p> <p>DSP-MDJ-OC</p>		<p>2015</p> <p>Annuellement</p> <p>En continu</p>	<p>Nb d'écoles en milieux défavorisés des CS des Affluents et des Samares qui déploient les activités.</p> <p>En 2015, 50 % des écoles secondaires des CS des Affluents et des Samares déploieront des activités.</p> <p>Nb de maisons de jeunes reconnues maintenant des activités.</p>
Établissement de santé et services sociaux	<p>Adoption et mise en œuvre d'une politique en alimentation <b> dans tous </b> les établissements de santé et services sociaux.</p> <p>Adoption et mise en œuvre d'une politique ou de mesures favorisant l'activité physique dans au moins 2 établissements de santé.</p>	<p>CSSSNL CSSSSL CJ, CR, CHSLD privés</p> <p>CSSSNL CSSSSL</p>	Financement relié au coût-aliment plus élevé pour la mise en œuvre à évaluer.	<p>2015</p> <p>2015</p>	<p>Nb d'établissements de santé.</p> <p>Nb d'établissements de santé.</p>
Milieus de travail	Démarches visant à mettre en œuvre des mesures ou politiques locales en alimentation et en activité physique dans au moins un milieu de travail.	CSSSNL CSSSSL		2015	Nb de milieux de travail.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Informer de l'importance de la promotion de la saine alimentation et de l'activité physique tous les milieux de travail des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du municipal.</p> <p>Répertorier et cibler tous les milieux de travail qui possèdent une cafétéria ou un service de repas pour réaliser des activités visant l'individu et son environnement alimentaire.</p> <p>Réaliser une intervention de type 0-5-30 dans deux milieux de travail.</p>	<p>CSSSNL CSSSSL DSP</p> <p>CSSSNL CSSSSL</p> <p>CSSSNL CSSSSL</p>		<p>2012</p> <p>2015</p> <p>2015</p>	<p>Nb de milieux de travail des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du municipal</p> <p>Nb de milieux de travail possédant une cafétéria ou un service alimentaire répertoriés et rejoints pour des activités</p> <p>Nb de milieux de travail</p>
Municipalités	<p>Informer toutes les municipalités de l'importance des saines habitudes de vie et des mesures efficaces qu'elles peuvent mettre en place pour favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif et sécuritaire. Informer de l'importance de l'activité physique de déplacement sécuritaire comme complément à l'activité de loisir.</p> <p>Réaliser des activités visant la création d'environnements sociaux favorables à l'activité physique dans 70 % des municipalités.</p>	<p>DSP- CSSSNL CSSSSL</p> <p>DSP CSSSNL CSSSSL Municipalités</p>		<p>2015</p> <p>2015</p>	<p>Nb de municipalités informées (Cible : toutes)</p> <p>Pourcentage des municipalités (Cible 70 %)</p>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Réaliser des activités visant la création d'environnements physiques sécuritaires favorables à l'activité physique dans 20 % des municipalités.	DSP CSSSNL CSSSSL Municipalités		2015	Pourcentage des municipalités (Cible 20 %)
	Réaliser des activités visant la création d'environnements favorables à une saine alimentation dans dix municipalités.	DSP CSSSNL CSSSSL Municipalités		2015	Nb de municipalités (Cible : 10)
	Projet pilote pour mettre en œuvre des activités de promotion de l'activité physique visant à la fois l'individu et l'environnement dans le cadre du concept <i>Municipalité active</i> dans trois municipalités.	DSP CSSSNL CSSSSL Municipalités		2015	Nb de municipalités (Cible : 3)
	Démarches visant à mettre en œuvre des mesures ou politiques locales en alimentation et en activité physique dans au moins une municipalité.	DSP CSSSNL CSSSSL Municipalités		2015	Nb de municipalités (Cible : 1)
	Création d'un réseau de 30 mandataires impliqués dans des activités de promotion de l'activité physique auprès des municipalités.	DSP CSSSNL CSSSSL		2015	En 2015, un réseau aura été créé.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Développement ou consolidation d'au moins une initiative concertée par territoire de MRC portant sur les déterminants de la sécurité alimentaire.</p> <p>Mettre en place des environnements favorables au mode de vie sans tabac (ex. : parcs et plages sans fumée) dans au moins une municipalité.</p>	<p>CSSSNL CSSSSL TPDSL</p> <p>DSP CSSSNL CSSSSL</p>		<p>2015</p> <p>2015</p>	<p>Nb de territoire de MRC ayant déployé au moins une initiative (Cible : 6)</p> <p>Nb de municipalités favorables à la modification de l'environnement en faveur d'un mode de vie sans tabac</p> <p>Nombre de municipalités (cible 1)</p>
Communautés	<p>Réalisation d'au moins un projet de mobilisation des communautés locales en promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes de moins de 18 ans par territoire de MRC.</p> <p>Réalisation d'au moins une action régionale concertée découlant du <i>Plan d'action gouvernemental</i> de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 <i>Investir pour l'avenir (PAG)</i>.</p> <p>Implantation des 5 actions prioritaires du plan d'action régional PLI.</p>	<p>DSP-PLI</p> <p>DSP-PLI</p> <p>DSP-PLI</p>		<p>2015</p> <p>2015</p> <p>2015</p>	<p>Nb de territoire de MRC ayant réalisé un projet (Cible : 6)</p> <p>Nb d'actions régionales du PAG réalisées (Cible : 1)</p> <p>Nb d'actions implantées (cible 5 prioritaires)</p>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Formation de 100 intervenants du réseau <i>Viactive</i> et adhésion de deux nouveaux mandataires pour favoriser l'accès à la pratique d'activités physiques chez les personnes autonomes de 50 ans et plus.	DSP		2015	En 2015, un réseau aura été créé
	Implantation du programme Alcochoix dans chaque territoire de CSSS, qui vise la consommation contrôlée d'alcool chez les buveurs.	CSSSNL-CSSSSL		2015	En 2015 Alcochoix sera toujours implanté dans chaque territoire de CSSS (2)
	Maintenir les activités de prévention dans tous les organismes communautaires reconnus en travail de rue par l'Agence.	OC travail de rue		2015	Nb d'organismes communautaires reconnus en travail de rue par l'Agence qui maintiennent des activités de prévention (Cible : tous)
	Au moyen d'une étude qualitative, explorer le contexte social et individuel ayant favorisé l'usage du tabac et les facteurs ayant contribué à la cessation tabagique chez les femmes de milieu défavorisé du RLS de Lanaudière-Nord.	DSP		2013	En 2013, l'étude aura été réalisée.
	Bonifier les services de cessation tabagique en fonction des résultats de l'étude.	DSP-CSSSNL-CSSSSL-OC		2015	En 2015, les services de cessation tabagique auront été modifiés ou bonifiés au besoin, ou un plan clair de modification aura été élaboré, selon les résultats de l'étude.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
14 Bonifier l'accès au counseling individuel sur les saines habitudes de vie dans la région					
Actions en lien avec la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (volet cessation).	Intervenir annuellement chez 405 Lanaudois ou Lanaudoises dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT).	CSSS		Annuellement	Nb de personnes rejointes (Cible : 405)
	Poursuivre l'offre de service en cessation tabagique pour les adolescents et les jeunes adultes des écoles secondaires, des maisons de jeunes et des autres organismes jeunesse de la région.	CSSS		Annuellement	Nb de jeunes suivis (Cible 2012-2013 : 20 au nord, 30 au sud)
	Intervenir annuellement en cessation tabagique dans les cliniques de dépistage des hôpitaux des CSSS chez 300 patients et 50 employés.	CSSS		Annuellement	Nb de patients (Cible 300) et d'employés (Cible : 50)
	Intervenir annuellement auprès de 8 groupes de cessation tabagique via les Centres d'action bénévoles (CAB).	CAB		Annuellement	Nb de groupes (Cible : 8)
	Poursuivre l'offre de service en prévention du tabagisme en milieu scolaire et en maison de jeunes selon l'approche <i>École en santé</i> .	CSSS		Annuellement	Nb d'activités réalisées (Cible : réaliser 3 activités différentes dans au moins trois milieux)
Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne (PCP).	Réaliser un projet d'implantation en GMF pour le déploiement des PCP, en lien avec les maladies chroniques. Projet GMF Rousseau-Montcalm.	ASSSSL-CSSSNL-GMF		En continu	En 2013, l'intégration des PCP sera effective au GMF Rousseau-Montcalm.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Élaborer une stratégie de déploiement de l'implantation de PCP dans les GMF de la région en fonction des résultats obtenus dans le projet d'implantation.</p> <p>Intégrer systématiquement des volets concernant les PCP à la formation des résidents en médecine familiale des UMF de la région.</p> <p>Intégrer systématiquement des volets concernant les PCP au sein de la formation continue des médecins et autres professionnels de la santé.</p>	<p>DSP</p> <p>Département de médecine préventive</p> <p>DSP</p>		<p>2014</p> <p>Annuellement</p> <p>Annuellement</p>	<p>En 2014, l'analyse du projet sera effectuée en vue de bonifier la stratégie de déploiement et de prévoir l'implantation des PCP dans les autres GMF de la région.</p> <p>Cette formation se poursuivra.</p> <p>Des formations seront offertes aux médecins et autres professionnels chaque année.</p>
Accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie qui peuvent prévenir le cancer et les autres maladies chroniques.	Offre annuelle de huit sessions du programme <i>Choisir de maigrir?</i> aux femmes âgées de 18 ans et plus.	DSP-CSSSSL-CSSSNL	4 sessions dans le Sud à 5000 \$ par session (20 000 \$) et 4 sessions dans le Nord (20 000 \$ pour dispenser les sessions plus le temps de formation 5 jours à deux intervenants 2 800 \$= 22 800 \$).	2015	Nb de sessions offertes Cible : 8

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Mettre en place, des équipes multidisciplinaires pour offrir un ensemble de services de counseling (individuel et de groupe) en matière de saines habitudes de vie (saine alimentation, mode de vie physiquement actif, abandon du tabagisme, gestion du stress, la consommation d'alcool à faible risque à la clientèle adulte avec facteurs de risque de cancer et autres maladies chroniques en intégrant, entre autres, les ressources actuelles ayant déjà des mandats de counseling sur les saines habitudes de vie.</p> <p>Poursuivre le programme d'autogestion des soins en CLSC pour les personnes atteintes de maladies chroniques.</p>	<p>DSP</p> <p>CSSS</p>	<p>2 nutritionnistes 2 kinésiologues 2 infirmières pivots et ajout ressource psychosociale à évaluer (1?)</p> <p>Financé en 2013 120 000 \$ à partir de 2014</p>	<p>2015</p> <p>2015</p>	<p>En 2015, des équipes seront implantées dans la région.</p> <p>En 2015, ce programme sera maintenu pour les deux RLS.</p>
Assurer la cohérence, la continuité et la complémentarité des services de référence, de counseling et de suivi en matière de promotion des saines habitudes de vie pour la clientèle adulte avec facteurs de risque, en CSSS (CLSC et CH) et GMF.	<p>Maintenir le lien entre les cliniques de dépistage du tabagisme des CH et les CAT en CSSS.</p> <p>Discuter de l'inscription systématique de l'IMC au dossier de la clientèle hospitalisée des deux CSSS.</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p>		<p>Annuellement</p> <p>2013</p>	<p>En continu</p> <p>En 2013, les 2 CSSS auront été sollicités.</p>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Créer et maintenir une trajectoire de soins en maladies chroniques à l'intérieur des RLS incluant les CAT (ex : référence systématique des fumeurs désirant cesser de fumer dans le prochain mois et souhaitant du soutien <u>ou</u> référer les clients des CAT vers les services psychosociaux, si nécessaire).	DSP-CSSS		2015	En 2015, la trajectoire de soin aura été créée dans au moins un RLS.
	Former les conseillers des CAT, les conseillers en cessation pour les jeunes et les animateurs du programme <i>Oui j'arrête</i> des CAB sur les spécificités des clientèles ayant des problèmes de santé mentale et d'autres dépendances.	DSP-CSSS		2012-2013	Nb de conseillers formés (Cible tous).
	Mobiliser les médecins pour qu'ils réfèrent davantage vers les CAT et les services en dépendances (organismes communautaires en prévention des toxicomanies, services de première ligne des CSSS) et vers le Centre de réadaptation en dépendances.	DSP		2012-2013	Nb de référence en provenance des médecins.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Étudier la possibilité d'introduire de nouvelles cellules d'intervention en arrêt tabagique ailleurs qu'en CLSC et en CAB en fonction des résultats de l'étude sur les femmes fumeuses des milieux défavorisés.	DSP		2015	Les intervenants concernés auront été rencontrés.
	Offrir une formation de base et une formation avancée en entretien motivationnel aux conseillers en cessation tabagique (CAT, CAB et prévention/cessation jeunes).	DSP		2015	Cible : tous seront formés
	Créer une communauté de pratique des intervenants-tabacs de Lanaudière afin d'améliorer leur pratique.	DSP		2013	Première rencontre de la communauté de pratique en 2013.
<b>Objectif 2.2 : Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques, physiques ou infectieux présents dans l'environnement ou en milieu de travail</b>					
15 Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérigènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition.	Collaborer sur demande aux activités d'information sur les pesticides auprès des intervenants municipaux et des citoyens.	DSP		Sur demande	Répondre à 100 % des demandes.
	Faire le suivi avec le MDDEP concernant les dépassements de normes sur la qualité de l'eau en lien avec la présence de substance cancérigène.	DSP		En continu	Maintient en tout temps et suivi pour 100 % des demandes.
	Effectuer des activités appropriées pour tous les cas de signalement impliquant la qualité de l'eau potable.	DSP		En continu	Que tous les signalements fassent l'objet d'une enquête (100 %).

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	<p>Faire une enquête pour tous les cas d'intoxications à déclaration obligatoire, et suite aux signalements qui n'impliquent pas des cas d'intoxication.</p> <p>Collaborer à la production d'information sur les risques liés aux radiations ionisantes utilisées pour des fins diagnostiques ou de dépistage et à la sensibilisation des médecins prescripteurs et IPS.</p>	<p>DSP</p> <p>L.E.</p>	À évaluer dans le cas de la création d'un outil	<p>En continu</p> <p>Sur demande</p> <p>Annuellement</p> <p>2015</p>	<p>Qu'une enquête soit effectuée pour tous les cas d'intoxications à déclaration obligatoire (100 %) et les cas signalés d'exposition aux substances cancérigène.</p> <p>Au moins une communication par année sera faite à ce sujet. En 2015, les responsables des secteurs de la radiologie des CSSS auront été approchés pour évaluer les outils ou moyens utilisés pour sensibiliser les médecins et la pertinence d'en créer de nouveau.</p>
16 Organiser des activités d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.	<p>Organiser une activité de sensibilisation concernant les rayons ultraviolets annuellement.</p> <p>Diffuser de l'information aux services de garde via l'Express garderie.</p> <p>Transmission des dépliants du MSSS dans les CPE.</p>	DSP		Annuellement	Présence d'au moins une activité annuelle.
17 Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par des activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.	Réaliser des activités de sensibilisation et d'information sur le radon en conformité avec le plan d'action national (actuellement dosage dans les écoles de la région).	DSP		En continu, 2015	Répondre à 100 % des demandes des intervenants scolaires pour les soutenir dans l'information aux parents d'élèves des écoles où sont effectués des dosages de radon.
18 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	Favoriser l'inscription de tous les travailleurs lanaudois répondant aux critères au programme d'intervention national de dépistage de l'amiantose.	DSP- CSST		2015	Nb de travailleurs qui répondent aux critères rejoints (Cible : 100 %)

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
concerne les cancers d'origine professionnelle.	<p>Réaliser des activités d'identification des risques à la santé, dont les risques cancérigènes, et des activités d'information sur les risques et les moyens de protection en milieu de travail ciblés, visant la réduction de l'exposition.</p> <p>Faire une enquête et un suivi pour tous les cas de MADO d'origine chimique de la région où cela est requis, entre autres les cas de mésothéliomes, de cancers du poumon liés à l'amiante, d'angiosarcome du foie et d'amiantose.</p>	<p>DSP-CSST</p> <p>DSP</p>		<p>En continu</p> <p>En continu</p>	<p>Nb de milieux ciblés où il y a des activités (Cible 100 %)</p> <p>Nb de cas de MADO chimique pour lesquels une enquête nécessaire est faite (Cible : 100 %).</p>
19 Poursuivre les activités de prévention et contrôle des infections liées aux agents infectieux cancérigènes.	<p>Offrir la vaccination contre l'hépatite B à tous les travailleurs des secteurs à risque des CSSS.</p> <p>Offrir la vaccination contre l'hépatite B dans la région à tous les élèves de 4<sup>e</sup> année du primaire avec 90 % de couverture.</p> <p>Offrir la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) dans la région à toutes les jeunes filles en 4<sup>e</sup> année du primaire avec 90 % de couverture, et en 3<sup>e</sup> année du secondaire avec 85 % de couverture.</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p>		<p>En continu</p> <p>En continu</p> <p>En continu</p>	<p>Cible : offre pour tous les travailleurs.</p> <p>Pourcentage d'élèves de 4<sup>e</sup> année vaccinés (cible 90 %).</p> <p>Pourcentage de filles de 4<sup>e</sup> année du primaire et de 3<sup>e</sup> année du secondaire vaccinées (cible : 90 % et 85 % respectivement).</p>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Maintenir le programme de récupération des seringues et aiguilles usagées dans la région.	CSSS-DRAMU		En continu	Maintien du programme.
	Revoir les modalités de distribution du matériel d'injection stérile pour en améliorer l'efficacité.	DSP		Annuellement	Maintien du programme CAMI (Centre d'accès du matériel injectable).
	Prise en charge de toutes les personnes nécessitant une intervention post exposition à des liquides biologiques dans chacun des CSSS.	DSP-CSSS		En continu	Nb de personnes nécessitant une intervention prises en charge (cible 100 %).
	Réaliser des activités d'information et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans les milieux de vie des jeunes vulnérables de 12 à 24 ans, et pour 100 % de la clientèle des CEGEP de la région.	DSP-CSSS		2012 puis en continu	À partir de 2012, la Campagne « On s'en déroule-tu un ! ? » sera déployée dans 100 % des CEGEP de la région.
	Faire une enquête épidémiologique pour tous les cas d'hépatite B dans un délai de 48 heures.	DSP		En continu	Nb d'enquêtes nécessaires réalisées et délais (cible 100 %).
	Faire une intervention préventive auprès des personnes atteintes d'ITSS déclarées et de leurs partenaires sexuels lors de toutes les enquêtes ou sur demande des médecins cliniciens.	DSP		En continu	Nb de personnes atteintes pour lesquelles une intervention directe ou indirecte a été faite auprès des partenaires (cible : pour 100 % des enquêtes effectuées).

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	À noter que les mesures 20 et 21 se retrouvent dans les actions régionales de la mesure 19.				

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 2.3 : Favoriser, lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont rencontrés</b>					
22 Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.	Création d'un comité d'assurance qualité régional.	DSP-CCSR		2015	En 2015, un comité aura été créé.
	Accès à la mammographie de dépistage dans un délai raisonnable pour 100 % des participantes.	DSP-DRAMU-CCSR-Centres de dépistage désignés (CDD)		En continu	Délais dans tous les CDD.
	Poursuite des activités du CRID-clinique du sein au CSSSSL.	DSP-DRAMU-CSSSSL		En continu	En 2015, le CRID sera toujours fonctionnel.
	Mise en place d'un CRID-clinique du sein au CSSSNL.	DSP-DRAMU-CSSSNL		2015	En 2015, un CRID-clinique du sein sera fonctionnel.
23 Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années	Obtenir un portrait régional de la couverture.	DSP-CSSS		2015	En 2015, un tableau aura été dressé dans le but d'avoir un plan d'action régional ciblé pour le dépistage du cancer du col.
	Participer aux activités nationales sur la mise en œuvre des recommandations de l'INSPQ sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.				
24 Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée					

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 2.4 : Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer</b>					
25 Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité et la morbidité hospitalière en fonction des différents types de cancer dans la région.	Production d'une mise à jour du document <i>Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière, 2<sup>e</sup> édition.</i>	Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP		2013	Le document sera produit pour 2013.
	Création d'un tableau de bord électronique « Cancer » sur le site de l'ASSSL actualisé selon la disponibilité des données.			2013	Le tableau de bord sera disponible en 2013.
	Mise à jour du tableau de bord en fonction des données disponibles.			En continu	Tableau de bord à jour
	Rédaction d'un nouveau document analytique sur le cancer dans la région de Lanaudière.			2015	Un document sera créé en 2015

**Axe d'intervention 3 : Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services**

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 3.1 : Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources</b>					
26 Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée.					En juin 2008, des critères d'accès auront été définis pour le cancer du sein, de la prostate, du poumon et le cancer colorectal.  En 2010, les critères pour les autres cancers auront été définis.
27 Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hématologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS.					En décembre 2007, le plan sera conçu en radio-oncologie.  En décembre 2008, le plan sera conçu en hématologie.
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 (SGAS).					En mars 2008, 100 % des centres utiliseront les outils développés.  En décembre 2008, la banque centrale sera fonctionnelle.
29 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.					En décembre 2010, 90 % des personnes médicalement prêtes seront traitées selon les normes établies.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
30 Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes.					<p>Novembre 2007 : élaboration de la version finale à la suite de l'expérimentation.</p> <p>Janvier 2008 à décembre 2009 : promotion et diffusion du carnet.</p> <p>Décembre 2009 : le carnet sera en utilisation partout au Québec.</p>
<b>Objectif 3.2 : Faciliter le retour dans leur milieu de vie à toutes les personnes atteintes de cancer en leur assurant un accès à un médecin de famille</b>					
31 Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.					En 2010, le mécanisme de prise en charge sera établi.
<b>Objectif 3.3 : Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie.</b>					
32 Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24/7, suivant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé);</li> <li>○ les services médicaux;</li> <li>○ les services infirmiers;</li> <li>○ la couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence;</li> <li>○ les services de répit et de dépannage;</li> <li>○ le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile.</li> </ul>	Explorer la possibilité de rendre disponible physiquement des trousse pharmaceutiques complètes 24/7 dans les CLSC du Nord de la région.	Agence CSSSNL	À déterminer	2011-2012	Nb de CLSC du nord de la région qui ont accès physiquement à une trousse pharmaceutique complète 24/7.
	Intégrer dans les trousse pharmaceutiques le chapitre 30 de l'APES ainsi que des médicaments sous forme liquide pour le dosage des médicaments pour la clientèle pédiatrique.	CSSSNL CSSSSL	Aucun	2011-2012	Nb de trousse pharmaceutiques à l'intérieur desquelles ont été intégrés le chapitre 30 de l'APES ainsi que des médicaments sous forme liquide pour le dosage des médicaments pour la clientèle pédiatrique.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	Développer un formulaire régional de prescription médicale standard, simple et facile à utiliser (incluant les fractions et les quantités totales).	Sous-comité soins palliatifs	Aucun	2011-2012	Nb de formulaire régional de prescription médicale standard, simple et facile à utiliser (incluant les fractions et les quantités totales) développé.
	Effectuer des démarches après des DSP et du DRMG pour que des médecins de garde soient disponibles 24/7 sur tous les territoires de CLSC.	Agence CSSSSL CSSSNL	Aucune	2011-2012	Nb de territoire de CLSC où des médecins de garde soient disponibles 24/7.
	Informers les médecins de la possibilité d'avoir accès, via intranet, aux informations contenues sur la fiche Info-santé de chacun des patients.	Sous-comité soins palliatifs	Aucune	Décembre 2012	Nb de médecins informés de la possibilité d'avoir accès, via intranet, aux informations contenues sur la fiche Info-santé de chacun des patients.
33	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.				En mars 2009, un mécanisme clair de coordination sera mis en place.
34	Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.				En avril 2008, les critères seront définis et un processus de reconnaissance des maisons de soins palliatifs sera complété.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
35 Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.					En mars 2008, le plan directeur sera conçu.
36 Mettre en place des unités de soins palliatifs dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux.					En 2010, il y aura au moins une unité par territoire de RUIS et une par établissement avec mandat régional.
37 Constituer pour chacune des régions du Québec une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques.					En 2010, il y aura une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs par établissement avec mandat régional.
38 Soutenir la mise en place des centres/hôpitaux de jour ou des cliniques d'accès à des soins palliatifs.					En 2012, il y aura au moins un centre ou un hôpital de jour par territoire de RUIS et par établissement avec mandat régional.
39 Encourager l'appropriation et faciliter l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.					Mars 2010.
<b>Objectifs 3.4 : Tenir compte de la perspective des personnes atteintes et e leurs proches aidants</b>					
40 Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer.					Décembre 2008.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
41 Faire une enquête sur la qualité des services en matière de lutte contre le cancer au Québec, en se basant sur l'expérience des personnes atteintes de cancer.					D'ici 2008 et de façon continue par la suite.
<b>Objectifs 3.5 : Favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones</b>					
42 Établir des liens et réaliser des protocoles pour assurer le suivi, lors du retour dans une communauté autochtone, des soins et des services dispensés dans un établissement du réseau québécois.					En 2012, les liens seront opérationnels.

#### Axe d'intervention 4 : Soutenir l'évolution des pratiques

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 4.1 : Promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer</b>					
43 Concevoir une trousse comprenant notamment des lignes directrices en matière de prévention du cancer et des guides pour le dépistage, l'investigation et le traitement des symptômes et des complications les plus fréquentes, et la distribuer aux médecins de famille.					

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
44 Créer un programme de formation continue en oncologie à l'intention des médecins de famille en collaboration avec les instances concernées.	44.1 Organiser une journée annuelle de formation médicale continue sur le cancer à l'intention des médecins de famille, en collaboration avec les régions de Laval et des Laurentides (voir mesure 12).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence Lanaudière</li> <li>• Agence Laval</li> <li>• Agence Lanaudière</li> <li>• Sous-comité scientifique</li> </ul>	À déterminer	Septembre 2013 Septembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de journées annuelles de formation médicale continue sur le cancer à l'intention des médecins de famille, en collaboration avec les régions de Laval et des Laurentides (Cible : 2).</li> <li>• Nb de participants à chacune des journées annuelles de formation médicale continue organisée sur le cancer à l'intention des médecins de famille, en collaboration avec les régions de Laval et des Laurentides (Cible : non déterminée).</li> </ul>
	44.2 Faire suivre les informations pertinentes concernant les formations offertes et les outils développés en oncologie à l'intention des médecins de famille.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• CCLCCL</li> </ul>	Aucune	En continu	
	44.3 Poursuivre la production du bulletin bimestriel <i>Lanaudière Seinforme</i> <sup>28</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCSR</li> </ul>	Budget CCSR	2012-2013 2013-2014 2014-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de bulletin Lanaudière <i>Seinforme</i> produit (Cible : 6).</li> </ul>

<sup>28</sup> Le bulletin *Lanaudière Seinforme* est un feuillet d'information régional sur la sénologie à l'intention des médecins de première ligne et des autres intervenants impliqués dans ce secteur.

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<p>Mesure non incluse dans les orientations prioritaires.</p> <p>Répondre aux besoins de formation en oncologie des unités de médecine familiale de la région.</p>	<p>Évaluer le contenu des formations en oncologie offertes dans les unités de médecine familiale de la région ainsi que les besoins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• UMF</li> </ul>	0 \$	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation du contenu de formation en oncologie dans les unités de médecine familiale de la région ainsi que des besoins a été réalisée (Oui ou Non) (Cible : Oui).</li> </ul>
	<p>Répondre aux besoins de formation en oncologie exprimés par les Universités et les résidents des UMF de la région.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence</li> <li>• UMF</li> </ul>	À déterminer	2012-2013 2013-2014 2014-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse à 100 % des demandes de formation exprimée.</li> </ul>
<p>Mesure non incluse dans les orientations prioritaires.</p> <p>Améliorer la communication entre les secteurs spécialisés en oncologie et les médecins traitants en ce qui a trait aux décisions thérapeutiques prises et au suivi des patients.</p>	<p>Soutenir les CSSS afin que les rapports de consultation de leur Comité de thérapie du cancer (CTC) soient accessibles pour les médecins traitants concernés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSSSNL</li> <li>• CSSSSL (Responsables des CTC)</li> </ul>	0 \$	En continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de rapports de consultation du Comité de thérapie du cancer (CTC) envoyé ou accessible pour les médecins traitants concernés par CSSS par année (Cible : 100 %).</li> </ul>
<b>Objectif 4.2 Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques</b>					
45	S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation.				
46	Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer dans chaque région.	Voir mesure 5			

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 4.3 Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer</b>					
47 Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie.	47.1 Créer une communauté de pratiques pour les <b>IPO</b> et les cogestionnaires administratifs des CSSS en collaboration avec les régions de Laval et des Laurentides.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence Lanaudière</li> <li>• Agence Laval</li> <li>• Agence Lanaudière</li> <li>• CSSS des régions concernées</li> </ul>	0 \$	2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de communautés de pratiques créées (Cible : 2).</li> <li>• Nb de rencontres de chacune de ces communautés par année (Cible : 3).</li> </ul>
48 Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences.	Supprimée.				
49 Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels impliqués dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches (p. ex. : certification universitaire en soins infirmiers en oncologie, infirmières praticiennes en oncologie, formation des intervenants psychosociaux, des nutritionnistes et des pharmaciens, formation des futurs médecins eu égard à l'humanisation de l'annonce du diagnostic).	49.1 Soutenir les CSSS afin qu'ils offrent une formation générale en oncologie aux nouveaux employés.	Agence CSSSNL CSSSSL	À déterminer	En continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de formations organisé par CSSS par année (Cible : Non déterminée).</li> <li>• Nb d'équipes ayant participé à une activité de formation par CSSS par année (Cible : non déterminée).</li> <li>• Nb d'individus ayant participé à une activité de formation sur le cancer par CSSS par année (Cible : non déterminée).</li> </ul>
	49.2 Soutenir les CSSS afin qu'ils offrent une mise à jour de la formation en oncologie au personnel qui œuvre dans ce secteur (autre que les médecins) dans	Agence CSSSNL CSSSSL	À déterminer	En continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de formations organisé par CSSS par année (Cible : Non déterminée).</li> <li>• Nb d'équipes ayant participé à une activité de formation par CSSS par année (Cible : non déterminée).</li> <li>• Nb d'individus qui œuvre dans le secteur de l'oncologie ayant participé à une activité de formation sur le cancer par CSSS par année (Cible : 100 %.)</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	leur établissement.				
<b>Objectif 4.4 : Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes</b>					
50 Mandater et soutenir le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration des guides de pratique quant à l'utilisation appropriée des nouveaux agents antinéoplasiques.	S'assurer de la diffusion des guides de pratique du CEPO aux professionnels concernés de la région.	CCLCCL	0 \$	En continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la diffusion de 100 % des guides de pratique à 100 % des professionnels concernés de la région.</li> </ul>
51 Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et en évaluer l'adoption par les praticiens.	S'assurer de la diffusion des guides de pratique du CEPO aux professionnels concernés de la région.	CCLCCL	0 \$	En continu	Idem
52 Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées (p. ex. : standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires).	Faciliter l'utilisation des protocoles opératoires standardisés disponibles par 100 % des chirurgiens.	CSSS et Agence		En continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que 100 % des chirurgiens de la région ont accès à la plateforme électronique et ont le soutien nécessaire pour utiliser les protocoles disponibles.</li> </ul>
53 Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu.					

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 4.5 : Encourager la prise en compte des enjeux reliés à la lutte contre le cancer dans les priorités des organisations impliquées dans la recherche sur le cancer</b>					
54 Intensifier les liens entre la Direction de la lutte contre le cancer et les organisations actives en recherche sur le cancer, notamment le Réseau de recherche en cancer du Fonds pour la recherche en santé du Québec.					
<b>Objectif 4.6 : Favoriser le partage d'information et divers échanges avec nos partenaires canadiens et internationaux</b>					
55 Participer à des initiatives canadiennes et internationales visant notamment à optimiser la production des guides de pratique clinique ou à développer des normes et des méthodes novatrices de soins.					

## Axe d'intervention 5 : Évaluer l'atteinte des résultats

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
<b>Objectif 5.1 : Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité</b>					
56 Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles quant à notamment l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer.					
57 Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.	Valider les données qui figurent dans GESTRED.	Agence CSSLNL CSSLSS MSSS		2012-2013 2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation effectuée à chaque période financière prévue (Oui ou Non) (Cible : Oui).</li> </ul>
58 Déterminer aux ententes de gestions diverses indicatrices relatives à l'accès, la qualité et l'efficacité.	Inscrire dans les ententes de gestion les indicateurs relatifs à l'accès, la qualité et l'efficacité.	Agence CSSLNL CSSLSS MSSS		2013-2014 2014-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb d'indicateurs relatifs à l'accès, la qualité et l'efficacité inscrit dans les ententes de gestion chaque année (Cible : 3).</li> </ul>
<b>Objectif 5.2 Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer</b>					
59 Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.	Soutenir les CSSS dans leur appropriation de SARDO.	ASSSL CSSLNL CSSLSS MSSS RAMQ	À déterminer	2013 2014 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de CSSS s'étant approprié SARDO (Cible : 2/2).</li> </ul>
	Offrir le soutien nécessaire au CSSS afin qu'ils rencontrent les obligations de transmission pour le RQC	ASSSL CSSLNL CSSLSS MSSS RAMQ	À déterminer	2013 2014 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de transmission des nouveaux cas de cancer de 2011 et 2012 par année (Cible : P4 : 25 % P7 : 50 % P11 : 75 % P13 : 100 %).</li> </ul>

Mesures	Action régionale	Responsables	Ressources nécessaires	Échéancier	Indicateurs de résultat
	(séquences).				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de CSSS transmettant l'ensemble des informations disponibles dans le dossier médical et de tous les éléments obligatoires pour tous les sièges en 2013 (Cible : 2/2).</li> <li>• Proportion de CSSS transmettant l'ensemble des informations disponibles dans le dossier médical, de tous les éléments obligatoires pour tous les sièges ainsi que le stade et la première ligne de traitement pour le cancer du côlon en 2014 (Cible : 2/2).</li> <li>• Proportion de CSSS transmettant l'ensemble des informations disponibles dans le dossier médical, de tous les éléments obligatoires pour tous les sièges ainsi que le stade et la première ligne de traitement pour le cancer du côlon et du sein en 2015 (Cible : 2/2).</li> </ul>
	Soutenir les CSSS dans la mise en place des rapports synoptiques de pathologie normalisés et informatisés.	ASSSL CSSSNL CSSSSL MSSS RAMQ	À déterminer	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des RLC bénéficiant de rapports synoptiques de pathologie normalisés et informatisés (Cible : 2/2).</li> <li>• Nombre de sites de cancers couverts par les RSP dans le RLC (Cible : 100 % : 1 site; 75 % : 2 sites 50 % : 3 sites et 25 % : 4 sites).</li> <li>• Proportion des laboratoires de pathologie ayant un support informatique pour les RSP (Cible : 2/2 %).</li> </ul>
60	Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'impact du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services.				

## 5.4 Le plan d'action Lanaudois de lutte contre le cancer 2014-2020

Afin d'éviter la répétition et la lourdeur du contenu du programme régional, cette section fait l'objet d'un document à part. Ce document sera mis dans l'annexe 9 du présent document. Voir le contenu du document plan d'action régional 2015-2020.

## 5.5 Les conditions favorables à la réalisation du plan d'action

Les conditions sont les mêmes que pour le plan d'action régional.

Le principal objectif pour l'ensemble des travaux est l'arrimage entre les services de prévention et les intervenants, et les partenaires qui gravitent autour des services de lutte contre le cancer et des personnes atteintes de cette maladie.

### UNE VISION HARMONISÉE ENTRE LA RÉGION ET LES ÉTABLISSEMENTS

Cette vision passe la mise en place d'un plan d'action régional et des plans d'action locaux communs. Des discussions ouvertes et productives autour des enjeux du continuum en cancérologie permettront une collaboration régionale pour optimiser les actions de lutte contre le cancer.

### LA MOBILISATION DES PARTENAIRES

La mise en place d'une structure de gouvernance en lutte contre le cancer repose sur la nécessité d'animer la structure de soins et de services déjà mise en place dans les établissements. Pour instaurer le changement et en mesurer les impacts, la mobilisation des équipes médicales et administratives est nécessaire à tous les paliers.

### UN FINANCEMENT ADÉQUAT ET À LA HAUTEUR DES ATTENTES DU PLAN D'ACTION NATIONAL

## ANNEXES

## Comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière 2011-2012

Nom et prénom	Titre	Établissement
Dr Jean-Claude Berlinguet	Directeur régional des affaires médicales et universitaires	ASSSL
Dr Jean-Pierre Trépanier	Directeur régional de santé publique et d'évaluation	ASSSL
Suzie Gagnon	Directrice des services sociaux	ASSSL
Dre Christiane Arbour	Directrice intérimaire des services professionnels et des affaires médicales	CSSSNL
Dre Marjory Nicole	Directrice des services professionnels et des affaires médicales	CSSSSL
Robin Gagnon	Directeur administratif des programmes de santé physique	CSSSNL
Louis Deschamps	Directeur des programmes et services de santé physique	CSSSSL
Dre Laurence Eloy	Leader médicale régionale	ASSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

## Comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière 2012-2013

Nom et prénom	Titre	Établissement
Dr Jean-Claude Berlinguet	Directeur régional des affaires médicales et universitaires	ASSSL
Dr Jean-Pierre Trépanier	Directeur régional de santé publique et d'évaluation	ASSSL
?	Directrice intérimaire des services sociaux	ASSSL
Docteure Line Duchesne	Directeur des services professionnels et des affaires médicales	CSSSNL
Docteur Michel Cimon	Directeur des services professionnels et des affaires médicales	CSSSSL
Robin Gagnon	Directeur administratif des programmes de santé physique	CSSSNL
Louis Deschamps	Directeur des programmes et services de santé physique	CSSSSL
Docteure Laurence Eloy	Leader médicale régionale	ASSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

### Comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière 2011-2012

Nom et prénom	Titre	Établissement
Lise Brûlé	Cogestionnaire administrative du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Caroline Riou (1 <sup>er</sup> avril 2011 au 31 janvier 2012) Michèle Cormier (31 janvier 2012 au 31 mars 2012)	Cogestionnaire administrative du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Dr Sarkis Santikyan	Cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Dr Michel Maheu	Cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Rosalie Ménard	Représentante du comité régional du mécanisme d'accès	ASSSL
Louise Desjardins	Représentant du sous-comité Santé publique	ASSSL
Dre Annie Carrier	Représentant du sous-comité Soins palliatifs	CSSSNL
Dre Laurence Eloy	Leader médicale régionale	ASSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

### Comité de coordination de lutte contre le cancer Lanaudière 2012-2013

Nom et prénom	Titre	Établissement
Lise Brûlé	Cogestionnaire administrative du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Michèle Cormier (1 <sup>er</sup> avril au 19 juin 2012) Catherine Delorme (20 juin 2012 au 31 mars 2013) Mme Fannie Dubé	Cogestionnaire administrative du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Dr Sarkis Santikyan	Cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Dr Michel Maheu	Cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Dr Patrice Lemieux	Chirurgien	CSSSNL
Dr Paul Nguyen Buu	Chef du département de chirurgie	CSSSSL
Rosalie Ménard	Représentante du comité régional du mécanisme d'accès	ASSSL
Louise Desjardins (1 <sup>er</sup> avril au 30 août 2012) Dr Laurent Marcoux (1 <sup>er</sup> septembre 2012 au 31 mars 2013)	Représentant du sous-comité Santé publique	ASSSL
Dre Annie Carrier	Représentant du sous-comité Soins palliatifs	CSSSNL
À déterminer	Représentant du sous-comité Scientifique	À déterminer
Dre Laurence Eloy	Leader médicale régionale	ASSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

### Sous-comité soins palliatifs 2011-2012

Nom et prénom	Titre	Établissement
Dre Annie Carrier	Médecin en soins palliatifs	CSSSNL
Dre Viviane Hoduc	Médecin en soins palliatifs	CSSSSL
Christiane Gravel	Chef d'administration des programmes SAD – PALV -DP	CSSSNL
Sandra Bélec	Infirmière dédiée en soins palliatifs	CSSSSL
Thérèse Gagnon	Intervenante sociale en soins palliatifs	CSSSNL
Josée Pettigrew	Intervenante sociale en soins palliatifs	CSSSSL
Dr Éric Juteau	Médecin omnipraticien hors CH	RLS de Lanaudière-Nord
Gilbert Cadieux	Directeur	Maison Adhémar Dion
Francine Cuierrier	Directrice	Aux Couleurs de la Vie Lanaudière
Sylvie Boisjoly	Pharmacienne	CSSSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

### Sous-comité soins palliatifs 2012-2013

Nom et prénom	Titre	Établissement
Dre Annie Carrier	Médecin en soins palliatifs	CSSSNL
Dre Viviane Hoduc	Médecin en soins palliatifs	CSSSSL
Christiane Gravel (1 <sup>er</sup> avril 2012 au X X 2012) À déterminer (X X 2012 au 31 mars 2013)	Chef d'administration des programmes SAD – PALV -DP	CSSSNL
Sandra Bélec	Infirmière dédiée en soins palliatifs	CSSSSL
Thérèse Gagnon	Intervenante sociale en soins palliatifs	CSSSNL
Josée Pettigrew	Intervenante sociale en soins palliatifs	CSSSSL
Dr Éric Juteau	Médecin omnipraticien hors CH	RLS de Lanaudière-Nord
Gilbert Cadieux	Directeur	Maison Adhémar Dion
Francine Cuierrier	Directrice	Aux Couleurs de la Vie Lanaudière
Sylvie Boisjoly	Pharmacienne	CSSSSL
Alain Larivière	Pharmacien communautaire	RLS de Lanaudière-Nord
Karine Croteau	Pharmacien communautaire	RLS de Lanaudière-Sud
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

### Sous-comité santé publique 2011-2012

Nom et prénom	Titre	Établissement
Louise Desjardins	Répondante régionale habitudes de vie	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Ginette Lampron	Coordonnatrice service prévention-promotion	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Dominique Corbeil	Agente de planification, de programmation et de recherche – Nutrition	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Sarah Monette	Agente de planification, de programmation et de recherche-dossier tabac	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Donald Dessureault	Agents de planification, de programmation et de recherche – Activité physique	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Luc Marsolais	Agents de planification, de programmation et de recherche – Activité physique	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Robert Peterson	Agent de planification, de programmation et de recherche – Dépendances (alcool et toxicomanies)	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Docteur Laurent Marcoux	Médecin-conseil pratiques cliniques préventives (PCP) et maladies chroniques	DSP
Docteur Louis-Georges Perreault	Médecin-conseil PCP	DSP
Docteure Laurence Eloy	Médecin de santé publique et leader médicale régionale	DSP

### Sous-comité santé publique 2012-2013

Nom et prénom	Titre	Établissement
Louise Desjardins (1 <sup>er</sup> avril au 30 août)	Répondante régionale habitudes de vie	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Ginette Lampron	Coordonnatrice service prévention-promotion	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Dominique Corbeil	Agente de planification, de programmation et de recherche –Nutrition	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Sarah Monette	Agente de planification, de programmation et de recherche-dossier tabac	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Donald Dessureault	Agents de planification, de programmation et de recherche – Activité physique	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Luc Marsolais	Agents de planification, de programmation et de recherche – Activité physique	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Robert Peterson	Agent de planification, de programmation et de recherche – Dépendances (alcool et toxicomanies)	Service prévention et promotion de la DSP - ASSSL
Richard Lanthier	Coordonnateur service prévention et contrôle des risques	Service prévention et contrôle des risques de la DSP
Carole Marchand-Coutu	Conseillère en soins infirmiers maladies infectieuses	Service prévention et contrôle des risques de la DSP
Docteur Laurent Marcoux	Médecin-conseil pratiques cliniques préventives (PCP) et maladies chroniques	DSP
Docteur Louis-Georges Perreault	Médecin-conseil PCP	DSP
Docteure Laurence Eloy	Médecin de santé publique PQDCS et leader médicale régionale	DSP

### Sous-comité scientifique 2011-2012 et 2012-2013

Nom et prénom	Titre	Établissement
Docteur Sarkis Santikyan	Hémato-oncologue et cogestionnaire médical du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Docteur Christopher Ah-Lan	Hémato-oncologue	CSSSSL
Docteure Élise Martel	Chirurgienne	CSSSNL
Docteure Caroline Racicot	Chirurgienne	CSSSNL
Docteure Manon Giroux	Chirurgienne	CSSSSL
Benoît Labelle (ad hoc)	Pharmacien spécialiste en oncologie	CSSSNL
Docteure Laurence Eloy	Médecin de santé publique et leader médicale régionale	ASSSL

### Sous-comité registre québécois du cancer (RQC) – registres locaux de cancer (RLC) 2012-2013 et 2013-2014

Nom et prénom	Titre	Établissement
Michèle Cormier	Cogestionnaire administratif du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Isabelle Dugas	Responsable des archives	CSSSSL
Sylvie Belleville	Analyste informatique	CSSSSL
Lise Brulé	Cogestionnaire administratif du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Claire Sarrazin	Chef des services d'archives médicales et dictée centrale - Responsable de l'accès à l'information - dossier de l'utilisateur	CSSSNL
Guy Chapleau	Analyste informatique	CSSSNL
Marie-Claude René	Répondante régionale lutte contre le cancer	Agence-DRAMU
Andrée Vallée	Chargé de projet	Agence - DRIR

### Sous-comité registre québécois du cancer (RQC) – registres locaux de cancer (RLC) 2014-2015

Nom et prénom	Titre	Établissement
Michèle Cormier	Cogestionnaire administratif du programme de lutte contre le cancer	CSSSSL
Isabelle Dugas	Responsable des archives	CSSSSL
Sylvie Belleville	Analyste informatique	CSSSSL
Lise Brulé	Cogestionnaire administratif du programme de lutte contre le cancer	CSSSNL
Claire Sarrazin	Chef des services d'archives médicales et dictée centrale - Responsable de l'accès à l'information - dossier de l'utilisateur	CSSSNL
Guy Chapleau	Analyste informatique	CSSSNL
Marie-Claude René	Répondante régionale lutte contre le cancer	Agence-DRAMU
Andrée Vallée	Chargé de projet	Agence - DRIR

### Comité régional de gestion de la gouverne en cancérologie 2013-2014

Nom et prénom	Titre	Établissement
Docteur Jean-Claude Berlinguet	Directeur régional des affaires médicales et universitaires	ASSSL
Docteur Jean-Pierre Trépanier	Directeur régional de santé publique et d'évaluation	ASSSL
Suzie Gagnon	Directrice des services sociaux	ASSSL
Docteure Christiane Arbour	Directrice intérimaire des services professionnels et des affaires médicales	CSSSNL
Docteure Marjory Nicole	Directrice des services professionnels et des affaires médicales	CSSSSL
Robin Gagnon	Directeur administratif des programmes de santé physique	CSSSNL
Louis Deschamps	Directeur des programmes et services de santé physique	CSSSSL
Docteure Laurence Eloy	Leader médicale régionale	ASSSL
Marie-Claude René	Répondante régionale de la lutte contre le cancer	ASSSL

## Liste des membres du CRLCL 2002-2004

Nom et prénom	Titre	Établissement
Rachel Bernier	Infirmière bachelière, intervenante pivot en oncologie	Hôpital Pierre-Le Gardeur
Alain Corriveau,	Directeur des services 1 <sup>re</sup> ligne	CLSC D'Autray
Francine Cuierrier	Bénévole	Albatros Lanaudière
Yvon Desrochers	Responsable organisation communautaire	CLSC Meilleur
Docteure Laurence Éloy	Chirurgienne générale	CHRDL
Rémi Gagnon	Citoyen	MRC D'Autray
Martine Gamelin	Pharmacienne	Hôpital Pierre-Le Gardeur
Marie Gibeault	Chef de programme soins courants	CLSC Matawinie
Benoît Labelle	Pharmacien	CHRDL
Guy Labelle	Psychothérapeute, Citoyen	MRC de Matawinie
André Laliberté	Bénévole	Cancer-Aide Lanaudière
Pierre Lavallée	Infirmier, M.Sc., clinicien en oncologie	CHRDL
Bernard-Simon Leclerc	Agent de recherche	DSPÉ
Docteure Marie Ménard	Coordonnatrice	PQDCS
Sylvie Miron	Agente de planification/programmation oncologie	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière
Docteur Daniel Noël	Hémato-oncologue	Hôpital Pierre-Le Gardeur
Éric Racine	Étudiant en bioéthique	Université de Montréal





EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE RÉGULIÈRE DU  
CONSEIL D'ADMINISTRATION DE  
L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE  
TENUE À JOLIETTE LE 27 MARS 2012, À 19 HEURES,  
À LAQUELLE IL Y AVAIT QUORUM

RÉSOLUTION NO ASSSL-2012-14	MODÈLE RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES DE LUTTE CONTRE LE CANCER
--------------------------------	---

CONSIDÉRANT l'étendue du territoire lanadois ;

CONSIDÉRANT que la population lanadoise est en expansion rapide et parmi les plus touchées par le cancer au Québec ;

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL) et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) offrent des soins et des services généraux et spécialisés dans la lutte contre le cancer et ont la volonté de poursuivre en ce sens ;

CONSIDÉRANT que la région de Lanaudière s'est dotée récemment d'une structure de gouverne dans le dossier de la lutte contre le cancer ;

CONSIDÉRANT que les directeurs généraux des CSSS de la région ont signifié à l'Agence cautionnée la désignation d'un centre spécialisé de cancer, formé d'un consortium d'établissement (ces établissements étant le Centre hospitalier régional de Lanaudière et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur) ;

CONSIDÉRANT que d'autres discussions doivent avoir lieu afin de définir clairement le rôle et les responsabilités du centre spécialisé de lutte contre le cancer, sa gouverne, son fonctionnement, etc.

EN CONSÉQUENCE, sur proposition dument faite par monsieur Yvan Ouellet et appuyée par madame Sylvie Rheault, **IL EST RÉSOLU** :

**DE RECOMMANDER** à la Direction québécoise du cancer (DQC) la désignation d'un centre spécialisé de cancer, dirigé par le Comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière (CSLCCL), formé d'un consortium d'établissements soit : le CSSS du nord de Lanaudière et le CSSS du sud de Lanaudière.

COPIE CERTIFIÉE CONFORME

Lucie Leduc  
Secrétaire du conseil d'administration  
Le 30 mars 2012



## CHSLD publics

CSSSNL	
Centre d'hébergement Alphonse-Rondeau 419, rue Faust Lanoraie (Québec) J0K 1E0 Téléphone : 450 887-2343 Télécopieur : 450 887-2921	Centre d'hébergement Brassard 390, rue Brassard, C.P. 309 Saint-Michel-des-Saints (Québec) J0K 3B0 Téléphone : 450 833-6331 Télécopieur : 450 883-6093
Centre d'hébergement de Saint-Donat 430, rue Bellevue Saint-Donat (Québec) J0T 2C0 Téléphone : 819 424-2503 Télécopieur : 819 424-5639	Centre d'hébergement de Sainte-Élisabeth 2410, rue Principale Sainte-Élisabeth (Québec) J0K 2J0 Téléphone : 450 759-8355 Télécopieur : 450 759-5063
Centre d'hébergement de Saint-Jacques 30, rue Sainte-Anne Saint-Jacques (Québec) J0K 2R0 Téléphone : 450 839-2695 Télécopieur : 450 839-7372	Centre d'hébergement de Saint-Liguori 771, rue Principale Saint-Liguori (Québec) J0K 2X0 Téléphone : 450 753-7062 Télécopieur : 450 753-3208
Centre d'hébergement Désy 90, rue Maskinongé Saint-Gabriel-de-Brandon (Québec) J0K 2N0 Téléphone : 450 835-4712 Télécopieur : 450 835-7606	Centre d'hébergement du Piedmont et CLSC de Saint-Jean-de-Matha 895, route Louis-Cyr Saint-Jean-de-Matha (Québec) J0K 2S0 Téléphone : 450 886-0606 Télécopieur : 450 886-3880
Centre d'hébergement Saint-Antoine-de-Padoue 521, rue Saint-Antoine Saint-Lin--Laurentides (Québec) J5M 3A3 Téléphone : 450 439-2609 Télécopieur : 450 439-8639	Centre d'hébergement Saint-Eusèbe 585, boulevard Manseau Joliette (Québec) J6E 3E5 Téléphone : 450 759-1662 Télécopieur : 450 759-1579
CSSSSL	
Centre d'hébergement Alexandre-Archambault 37, rue Notre-Dame Repentigny (Québec) J5Z 1R3 Téléphone : 450 582-8705 Télécopieur : 450 654-4014	Centre d'hébergement de L'Assomption 410, boulevard de L'Ange-Gardien L'Assomption (Québec) J5W 1S7 Téléphone : 450 589-2101 Télécopieur : 450 589-9038
Centre d'hébergement des Deux-Rives 250, boulevard Brien Repentigny (Québec) J6A 7E9 Téléphone : 450 585-4884 Télécopieur : 450 585-3195	Centre multivocationnel Claude-David 135, boulevard Claude-David Repentigny (Québec) J6A 1N6 Téléphone : 450 654-7229 Télécopieur : 450 654-5766

## CHSLD privés conventionnés

### RLS de Lanaudière-Nord

Centre d'hébergement Champlain Le Château  
1231, rue Dr Olivier-Marie-Gendron  
Berthierville (Québec) J0K 1A0  
Téléphone : 450 836-6241  
Télécopieur : 450 836-4013

CHSLD Heather I  
3931, Lakeshore  
Rawdon (Québec) J0K 1S0  
Téléphone : 450 834-3070  
Télécopieur : 450 834-5805

### RLS de Lanaudière-Sud

CHSLD de la Côte Boisée  
4300, rue Angora  
Terrebonne (Québec) J6X 1P1  
Téléphone : 450 471-5877  
Télécopieur : 450 471-7511

Vigi Santé Itée (Installation CHSLD Vigi Santé Yves-Blais)  
2893, avenue des Ancêtres  
Mascouche (Québec) J7K 1X6  
Téléphone : 450 474-6991  
Télécopieur : 450 474-3901

## CHSLD privés autofinancés

### RLS de Lanaudière-Nord

Château Jouvence  
600, rue St-Louis (bloc B)  
Joliette (Québec) J6E 9C9  
Téléphone : 450 756-4282  
Télécopieur : 450 755-4959

CHSLD Heather II  
3462, 3<sup>e</sup> Avenue  
Rawdon (Québec) J0K 1S0  
Téléphone : 450 834-3070  
Télécopieur : 450 834-5805

**Tableau 52**  
**Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes CSSSNL 2011-2015**

SPÉCIALITÉS	Ratio	Besoins dans la région <sup>29</sup>	Effectifs en place 2011-10-24	PEM 2011	Postes vacants	PEM			
						2012	2013	2014	2015
Anatomopathologie	1/30 000	7	3	3	0	4	4	4	4
Chirurgie générale	1/20 000	10	9	9	0	9	9	10	10
Chirurgie plastique	1/65 000	3	0	0	0	0	2	3	3
Dermatologie	1/50 000	4	1	2	1	2	2	2	3
Gastro-entérologie	1/50 000	4	6	6	0	6	6	6	6
Hématologie-oncologie	1/30 000	7	3	3	0	3	3	4	4
Médecine nucléaire	1/75 000	3	2	2	0	3	3	3	3
Obstétrique-gynécologie	1/20 000	10	8	8	0	8	8	8	8
Oto-rhino-laryngologie	1/40 000	5	4	4	0	4	4	4	4
Pneumologie	1/35 000	6	3	4	1	4	5	5	5
Radiologie	1/16 000	13	9	9	0	9	10	10	10
Urologie	1/50 000	4	2	4	2	4	4	4	4
<b>Total</b>		<b>75</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>63</b>	<b>64</b>

<sup>29</sup> En 2011, 266 669 personnes résidaient sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud. Source : SYLIA. Estimation de la population des RLS, Lanaudière et le Québec selon l'âge et le sexe, au 1er juillet des années 1996 à 2011 (découpage géographique au 1<sup>er</sup> juillet 2011) Sources : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

**Tableau 53**  
**Plan d'effectifs médicaux (PEM) spécialistes CSSSSL 2011-2015**

SPÉCIALITÉS	Ratio	Besoins dans la région <sup>30</sup>	Effectifs en place 2011-10-24	PEM 2011	Postes vacants	PEM			
						2012	2013	2014	2015
Anatomopathologie	1/30 000	9	2	2	0	3	3	3	3
Chirurgie générale	1/20 000	13	7	7	0	8	9	9	9
Chirurgie plastique	1/65 000	4	3	4	1	4	4	4	4
Dermatologie	1/50 000	5	1	1	0	1	1	1	4
Gastro-entérologie	1/50 000	5	5	5	0	6	6	6	6
Hématologie-oncologie	1/30 000	9	4	5	1	6	6	6	6
Médecine nucléaire	1/75 000	4	2	2	0	2	2	2	2
Obstétrique-gynécologie	1/20 000	13	9	9	0	9	10	10	10
Oto-rhino-laryngologie	1/40 000	7	3	3	0	4	4	4	4
Pneumologie	1/35 000	8	2	3	1	3	3	4	4
Radiologie	1/16 000	17	10	10	0	10	10	11	11
Urologie	1/50 000	5	2	4	2	4	4	4	4
<b>Total</b>		<b>99</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>67</b>

<sup>30</sup> En 2011, 266 669 personnes résidaient sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud. Source : SYLIA. Estimation de la population des RLS, Lanaudière et le Québec selon l'âge et le sexe, au 1er juillet des années 1996 à 2011 (découpage géographique au 1<sup>er</sup> juillet 2011)  
Source : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

## Rapport de la rencontre d'évaluation du CSSSNL - 28 avril 2005

<p><b>Constats</b></p> <p>Le taux d'accroissement des nouveaux cas de cancer dans Lanaudière est près de trois fois plus élevé que le taux québécois. Plus encore, selon la ration mortalité/incidence pour l'ensemble des cancers, sexes réunis, la région de Lanaudière arrive au Québec au premier rang. Considérant que la région connaît un vieillissement important de sa population qui, inévitablement, se traduira par une augmentation significative de cas de cancer (70 % des nouveaux cas et 82 % des décès touchent les personnes de plus de 60 ans), on peut facilement présumer que le taux d'accroissement de nouveaux cas sera majeur pour les années à venir.</p> <p>D'autre part, le contexte de transformation profonde du réseau de la santé et des services sociaux découlant de l'application de la Loi 25 (CSSS, projet clinique), de la mise en place des RUIS, et de certaines démarches propres à la lutte contre le cancer (priorité ministérielle, plans d'action régionaux, processus de désignation) se traduit par des contraintes additionnelles importantes sur l'organisation des services du CSSSNL, mais aussi par des opportunités de consolidation importantes en lien avec les partenaires.</p>	
<p><b>Points forts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation manifestée par les divers intervenants cliniques à mettre en place le programme de lutte contre le cancer.</li> <li>• Volonté de la direction d'organiser les services par programme.</li> <li>• Fonctionnement interdisciplinaire en soins palliatifs.</li> <li>• Implication dans la mise en place du programme régional de la santé publique.</li> <li>• Souci de concentrer la prise en charge des divers sièges tumoraux par compétences chirurgicales.</li> </ul>	<p><b>Points faibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une vision d'ensemble et d'une organisation de services intégrés mettant à profit toutes les instances devant être impliquées dans le continuum de lutte contre le cancer.</li> <li>• Une offre de services qui repose sur des initiatives individuelles au détriment d'une structure organisationnelle.</li> <li>• Absence de données statistiques sur la clientèle permettant la planification, l'organisation et l'évaluation des services offerts dans la lutte contre le cancer.</li> <li>• Précarité des effectifs en hémato-oncologie.</li> <li>• Lacunes observées dans l'accès aux services de soutien.</li> <li>• Le fonctionnement actuel du PQDCS (CRID et CDD) qui ne permet pas d'atteindre les résultats attendus.</li> <li>• Délais inacceptables pour l'obtention du rapport anatomo-pathologique.</li> <li>• Accessibilité au TEP problématique.</li> </ul>
<p><b>Recommandations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un programme de lutte contre le cancer qui va assurer la coordination et l'intégration de toutes les activités des instances impliquées dans le continuum de lutte contre le cancer. Ce programme doit, entre autres, comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ des objectifs communs;</li> <li>○ du personnel dédié incluant les professionnels offrant des soins et services de soutien, d'adaptation et de réadaptation;</li> <li>○ la précision du rôle et des responsabilités de chaque professionnel et instance impliqués;</li> <li>○ les mécanismes de liaison nécessaires tout au long du continuum;</li> <li>○ le processus d'évaluation des services offerts et d'amélioration continue de la qualité;</li> <li>○ la participation des personnes atteintes et leurs proches;</li> <li>○ une programmation pour la formation et le maintien des compétences des professionnels impliqués.</li> </ul> </li> <li>• Il est en outre recommandé de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ utiliser des outils cliniques formalisés et partagés notamment en terme d'évaluation des besoins des personnes atteintes et de proches;</li> <li>○ formaliser les pratiques selon les données probantes;</li> <li>○ revoir l'organisation des lieux physiques, notamment la salle de traitement de chimiothérapie afin d'assurer la sécurité, la confidentialité et l'intimité des personnes atteintes et leurs proches.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Conclusion</b></p> <p>Le Groupe-conseil recommande unanimement la désignation de l'équipe du CSSSNL comme équipe de lutte contre le cancer avec maintien conditionnel au dépôt du programme demandé en mai 2006.</p> <p>Il est également recommandé à l'Agence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettre en place une organisation de services régionaux intégrés impliquant l'ensemble des ressources de son territoire;</li> <li>• assurer la mise en place d'un corridor de services permettant l'accès aux services de TEP.</li> </ul>

## Rapport de la rencontre d'évaluation du CSSSSL - 11 mai 2005

<p><b>Constats</b></p> <p>La région de Lanaudière a une croissance de la population plus rapide que celle du Québec et concentrée surtout dans le sud du territoire. En conséquence, le fonctionnement actuel du CSSS risque de ne pas répondre à l'augmentation prévue du volume de clientèle.</p>		
<p><b>Points forts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'engagement très significatif des instances administratives dans la lutte contre le cancer.</li> <li>• La mobilisation et la motivation des intervenants envers la lutte contre le cancer.</li> <li>• L'intérêt manifeste des professionnels de l'établissement à travailler ensemble que ce soit au niveau régional ou à l'intérieur de l'équipe.</li> <li>• Le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe d'oncologie.</li> <li>• La présence du dossier patient électronique.</li> <li>• L'intégration des bénévoles à l'équipe interdisciplinaire.</li> <li>• La bonne disponibilité du service d'imagerie.</li> <li>• La présence d'une liaison avec les médecins de famille.</li> <li>• L'organisation du soutien offert dans l'attente du diagnostic et le suivi dans le cadre du PQDCS.</li> <li>• La présence de l'équipe de soins palliatifs à la clinique d'oncologie dans la prise en charge de la douleur et des symptômes des personnes atteintes de cancer</li> </ul>	<p><b>Points faibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une structure organisationnelle ne favorisant pas la continuité des soins de la clientèle oncologique et l'utilisation optimale des ressources disponibles (morcellement des activités).</li> <li>• L'absence d'un leader médical en oncologie identifié et reconnu aux tables décisionnelles.</li> <li>• Le cheminement informel des personnes ayant besoin d'examen complémentaires dans le PQDCS.</li> <li>• Le processus non structuré d'approbation des nouveaux médicaments.</li> <li>• L'absence de mesure des résultats.</li> <li>• L'entreposage non conforme de médicaments dans la zone stérile de la pharmacie.</li> <li>• La fragilité au niveau des effectifs du département de pathologie.</li> <li>• Le peu de précision sur le niveau des récepteurs hormonaux et le nombre d'anticorps utilisés dans la détection du HER-2 dans les rapports de pathologie.</li> </ul>	
<p><b>Recommandations</b></p> <p>Nous recommandons au CSSSSL de développer un programme de lutte contre le cancer qui assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une coordination et une intégration de toutes les activités notamment les services de soins palliatifs, d'hémo-oncologie, de chirurgie oncologique et du PQDCS.</li> <li>• L'identification d'un leader médical pour assumer le poste de directeur médical de l'équipe interdisciplinaire.</li> <li>• Des professionnels dédiés à la clientèle oncologique afin d'assurer la continuité des services.</li> <li>• La précision du rôle et des responsabilités de chaque professionnel et instance impliqués.</li> <li>• Des mécanismes de liaison nécessaires tout au long du continuum.</li> <li>• La participation des personnes atteintes et leurs proches.</li> <li>• Le processus d'évaluation des services offerts et d'amélioration continue de la qualité.</li> <li>• Une programmation pour la formation et le maintien des compétences des professionnels impliqués.</li> <li>• Un fonctionnement interdisciplinaire à tous les niveaux.</li> <li>• Le respect des règles de manutention ou de disposition des agents de chimiothérapie en vigueur dans la pharmacie.</li> </ul>		<p><b>Conclusion</b></p> <p>Le Groupe-conseil recommande unanimement la désignation de l'équipe du CSSSSL comme équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer.</p> <p>Il est aussi recommandé à l'Agence de mettre en place une organisation de services régionaux intégrés impliquant l'ensemble des ressources de son territoire</p>

Lieu	Adresse
Maison Adhémar-Dion	4500, chemin Saint-Charles Terrebonne (Québec) J6V 1A3 Téléphone : 450 932-0870 <a href="http://www.maisonadhemardion.com">www.maisonadhemardion.com</a>
Albatros 14 inc. Lanaudière	2500, boulevard Mascouche, bureau 208 Mascouche (Québec) J7K 0H5 Téléphone : 450 966-9508 <a href="http://www.albatros14.com">www.albatros14.com</a>
Aux Couleurs de la Vie Lanaudière	144, rue Saint-Joseph Joliette (Québec) J6E 5C4 Téléphone : 450 752-4436 <a href="http://www.acdlvie.com">www.acdlvie.com</a>
Cancer-Aide Lanaudière	Cancer-Aide Lanaudière Nord 80, rue Wilfrid-Ranger Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 8M7 Tél. : 450 756-0869  Cancer-Aide Lanaudière Sud 50, rue Thouin, local 237 Repentigny (Québec) J6A 4J4  Tél. : 450 654-8437 <a href="http://www.canceraidelanaudiere.com">www.canceraidelanaudiere.com</a>



**PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN  
CANCÉROLOGIE**

**POUR LANAUDIÈRE 2015-2020**

**ENSEMBLE, EN RÉSEAU, POUR VAINCRE LE CANCER**





# **PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN CANCÉROLOGIE**

**POUR LANAUDIÈRE 2015-2020**

*Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*

**Direction régionale des affaires médicales et universitaires**

**Septembre 2014**

Ce document sera publié par la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, une fois que les instances réglementaires au niveau régional l'auront entériné.



Ce document sera publié par la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et par la gouverne régionale en cancer.

### Rédaction

Dr Jean-Claude Berlinguet, directeur régional de la lutte contre le cancer, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Madame Muriel Koucoï, répondante régionale en oncologie, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil santé publique, responsable du PQDCS, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

### Collaboration spéciale

- \*Dr Jacques Laplante, cogestionnaire médical programme de lutte contre le cancer, CSSSSL
- \*Dr Patrice Lemieux, cogestionnaire médical programme de lutte contre le cancer, CSSSNL
- \*Madame Fannie Dubé, cogestionnaire clinico-administrative programme de lutte contre le cancer, CSSSSL
- \*Madame Lise Brûlé, cogestionnaire clinico-administrative programme de lutte contre le cancer, CSSSNL
- \*Madame Pascal Perreault, coordonnatrice des services diagnostiques, pharmaceutiques, et soutien clinique, CSSSNL
- \*Les membres du comité régional de coordination et du comité directeur (tactique) du réseau de oncologie Lanaudière

### Mise en pages

Sylvie Harvey et Martine Lauzon, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en respecter l'intégralité et d'en mentionner la source.

Référence suggérée : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Plan d'action en oncologie pour Lanaudière 2015-2020, septembre 2014, 76 pages.

### Dépôt légal :

**4<sup>e</sup> trimestre 2014**

**ISBN :** 978-2-89669-250-7 (Version imprimée)

978-2-89669-251-4 (Version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au : **[www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca)** à la section *Documentation/Publication*

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014



## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du Plan d'action régional en cancérologie pour la région de Lanaudière, 2015-2020 et particulièrement aux collaborateurs et aux membres des comités régionaux du réseau de cancérologie Lanaudière.

Leurs commentaires et leur mobilisation auront contribué à rendre ce document disponible pour notre région.

Finalement, nos remerciements s'adressent à Sylvie Harvey et Martine Lauzon, agentes administratives pour le travail mise en pages.



## Table des matières

<b>LISTE DES ACRONYMES</b> .....	<b>223</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>225</b>
<b>PORTRAIT DE LA RÉGION DE LANAUDIÈRE</b> .....	<b>227</b>
Incidence .....	229
Taux de mortalité par cancer .....	230
<b>STRUCTURE DE LA GOUVERNE RÉGIONALE</b> .....	<b>231</b>
<b>PRIORITÉ 1 : DES SOINS ET DES SERVICES AXÉS SUR LES BESOINS DES PATIENTS ET DE LA POPULATION</b> .....	<b>236</b>
Objectif 1.1 : Assurer la prise en compte du point de vue des personnes touchées par le cancer.....	236
Objectif 1.2 : Offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer .....	239
Objectif 1.3 : Soutenir les intervenants de première ligne .....	245
<b>PRIORITÉ 2 : L'INTERVENTION PRÉCOCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER</b> .....	<b>246</b>
Objectif 2.1 : Accentuer la prévention du cancer .....	246
Objectif 2.2 : Favoriser la détection des cancers dès les premiers stades de leur développement.....	253
<b>PRIORITÉ 3 : L'Accessibilité des soins et des services</b> .....	<b>257</b>
Objectif 3.1 : Améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic .....	257
Objectif 3.2 : Assurer un accès approprié aux traitements.....	258
Objectif 3.3 : Assurer l'accès aux soins et aux services le plus près possible du lieu de résidence.....	261
<b>PRIORITÉ 4 : LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES</b> .....	<b>262</b>
Objectif 4.1 : Poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et des services sur tous les plans.....	262
Objectif 4.2 : Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins .....	265
Objectif 4.3 : Soutenir l'évolution des pratiques selon les données probantes .....	266
Objectif 4.4 : Accroître la disponibilité de l'information clinique tout au long du parcours thérapeutique.....	271
Objectif 4.5 : Encourager la formation et le maintien des compétences .....	272
Objectif 4.6 : Favoriser le développement de la recherche .....	274

<b>PRIORITÉ 5 : LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU.....</b>	<b>275</b>
Objectif 5.1 : Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec.....	275
Objectif 5.2 : Développer l’offre de soins et de services dans une approche concertée et coordonnée en suivant des normes de qualité .....	277
Objectif 5.3 : Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ .....	279
Objectif 5.4 : Suivre les progrès de la lutte contre le cancer au Québec.....	281
Objectif 5.5 : Maintenir les liens avec les organismes canadiens et internationaux impliqués dans la lutte contre le cancer .....	283
<b>LES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉALISATION DU PLAN D’ACTION .....</b>	<b>284</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>285</b>

## LISTE DES ACRONYMES

CAT :	Conselling antitabagique
CDD :	Centre de dépistage désigné
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CRLCL :	Centre régional de lutte contre le cancer de la région de Lanaudière
DQC :	Direction québécoise de cancérologie
DRAMU :	Direction régionale des affaires médicales et universitaires
DSP :	Direction de la santé publique
IPO :	Infirmière pivot en oncologie
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ODD :	Outil de dépistage de la détresse
PNSP :	Programme national de santé publique
PRLC :	Programme régional de lutte contre le cancer
PQLC :	Programme québécois de lutte contre le cancer
RCLa :	Réseau Cancer Lanaudière
RL :	Responsable local
RLC :	Registre local du cancer
RLS :	Réseau local de services
RQC :	Registre québécois du cancer
RCQ :	Réseau de cancérologie au Québec
SMASH :	Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie
VHB :	Virus de l'hépatite B
VPH :	Virus du papillome humain



## INTRODUCTION

La lutte contre le cancer occupe une place importante dans les orientations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSSL) depuis le début des années 2000. La région de Lanaudière œuvre à la mise en place d'un programme de lutte contre le cancer, selon les principes du *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC), publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1998, lesquels principes proposaient les fondements pour l'implantation d'un réseau intégré de lutte contre le cancer.

En décembre 2002, l'Agence s'est associée aux principaux acteurs de la région, soit les deux centres de Santé et de Services sociaux (CSSS), afin de mettre sur pied le *Comité régional de lutte contre le cancer* (CRLCL) de la région de Lanaudière, dont le mandat principal était d'aider à l'élaboration et à l'implantation d'un programme régional de lutte contre le cancer de Lanaudière (PRLCL).

En mars 2004, les membres du CRLCL rendaient public leur Plan d'action - Implantation du programme régional de lutte contre le cancer (PRLC) – Région Lanaudière. Ils proposaient ainsi un programme inspiré du PQLC, adapté à la région et modelé en plan d'action. À partir de ce moment, les intervenants de la région engagés dans la lutte contre le cancer ont joint leur effort afin de mettre en œuvre le plan d'action élaboré et ainsi offrir des soins et des services répondant aux besoins de la population lanaudoise

En 2010, soucieuse d'améliorer les soins et les services offerts aux personnes qui risquent de développer un cancer, aux personnes atteintes et à leurs proches, l'ASSSL a donc entrepris une démarche visant à élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer un PRLC.

Dans le but de poursuivre l'amélioration des soins et services entrepris avec le PQLC, la *Direction québécoise de cancérologie* (DQC) prévoit, dans le Plan directeur présenté à l'automne 2012, la formalisation du *Réseau de cancérologie au Québec* (RCQ).

Le plan directeur de la 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 MSSS, à travers la mise en place du RCQ.

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 :

- ↔ Le comité national de coordination.
- ↔ Le comité national de concertation.
- ↔ Les comités nationaux dédiés à un siège tumoral ou à une problématique clinique spécifique.
- ↔ Les centres intégrés de cancérologie.

Pour répondre aux besoins de la population et aux exigences fixées par la DQC par l'entremise du Plan directeur en cancérologie, la Direction régionale des affaires médicales et universitaires, en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Lanaudière et les représentants des différents CSSS procède à la mise en place du Réseau de Cancérologie Lanaudière (RCLa) en septembre 2013.

Le RCLa partage les mêmes principes généraux et spécifiques RCQ de la DQC, et est localement consolidé par la mise en œuvre d'entente<sup>31</sup> de partenariat entre l'Agence et les CSSS.

Le document suivant propose le portrait de la région en matière de lutte au cancer ainsi que les actions régionales qui devraient être priorisées pour les années 2015 à 2020.

---

<sup>31</sup> Entente de partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et les CSSS de la région de Lanaudière.



## PORTRAIT DE LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

La région de Lanaudière s'étend sur un territoire de 12 313 km<sup>2</sup>. Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, la population de Lanaudière compte 488 927 personnes<sup>32</sup>. Elle représente 6 % de la population québécoise et occupe le cinquième rang des régions administratives les plus peuplées du Québec. La région offre une diversité de localités urbaines et rurales qui se regroupent sur le plan administratif en six municipalités régionales de comté (MRC) formant à leur tour deux territoires de réseaux locaux de services (RLS)<sup>33</sup>.

Ces deux territoires de RLS présentent un tableau sociodémographique bien différent. Le RLS du Nord de Lanaudière, où on retrouve 43 % de la population, occupe plus de 95 % du territoire, avec une densité de population, en 2011, de 17,0 habitants/km<sup>2</sup>. Plus de 50 % de sa population vit en milieu rural. La proportion de personnes ayant 50 ans et plus y est plus élevée qu'au Québec. En 2015, on estime qu'il y aura 95 617 personnes de 50 ans et plus dans le nord de Lanaudière, ce qui représentera 44,3 % de la population de ce territoire, comparativement à 39,9 % pour le Québec.

Le RLS du Sud de Lanaudière est quant à lui plus peuplé et de façon plus dense, avec 512 habitants/km<sup>2</sup> en 2011. Seulement 6,1 % de sa population vivait en milieu rural en 2006, et celle-ci est proportionnellement plus jeune que la population québécoise. Pour 2015, on projette que 34,8 % de sa population aura 50 ans ou plus, ce qui représentera alors 101 109 personnes.

Les sections suivantes présenteront les taux d'incidence, suivi de ceux de la mortalité et ce, pour le cancer en général et pour les quatre principaux sièges de cancer : sein, poumon, colorectal, et prostate.

---

<sup>32</sup> Statistique Canada, division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, direction des statistiques sociodémographiques. Mars 2014. (tiré du Syllabus de septembre 2014)

<sup>33</sup> Service de surveillance, recherche et évaluation. Le portrait sociosanitaire de la population Lanaudoise, Document d'appui à l'audition de l'Agence devant la Commission parlementaire des affaires sociales, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, document de travail, 30 août 2010, 10 p.



De manière générale, le cancer pour l'ensemble des sièges affecte plus la population de Lanaudière par rapport à l'ensemble du Québec.

Le tableau ci-dessous représente les nouveaux cas et Taux standardisés d'incidence associés au cancer, pour l'ensemble des sièges (excluant certaines tumeurs de la peau CIM-O-3) et les quatre sites principaux, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)

	Sexe	Lanaudière		Le reste Québec	
		2006	2008	2006	2008
<b>Ensemble des cancers</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	1 080	1 205	19 156	20 826
	Homme	1 170	1 361	19 719	21 032
	Total	2 250	2 566	38 875	41 858
Incidence	Femme	512,2	533,3	487,7	508,1
	Homme	628,5	673,9	614,5	619,2
	Total	561,9	595,5	537,5	551,9
<b>Poumon</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	197	228	2 874	3 223
	Homme	257	315	3 850	4 024
	Total	454	543	6 724	7 247
Incidence	Femme	93,1	99,9	73,1	78,2
	Homme	142	159,6	121,7	119,5
	Total	114,2	126,3	92,9	95,1
<b>Colorectal</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	119	132	2 239	2 523
	Homme	158	193	2 667	2 933
	Total	277	325	4 906	5 456
Incidence	Femme	57,6	58,9	55,1	59,2
	Homme	85	95,5	83,7	86,9
	Total	70,6	76,2	67,7	71,5
<b>Sein</b>					
Nombre de nouveaux cas	Femme	293	308	5 285	5 586
	Homme	0	2	34	54
Incidence	Femme	136,2	134,6	138,1	140,7
<b>Prostate</b>					
Nombre de nouveaux cas	Homme	222	269	4 072	4 077
Incidence	Homme	117,3	127,8	125,9	118,5

<sup>34</sup> Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs du Québec et Institut de la statistique du Québec, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

## Taux de mortalité par cancer 35

Le tableau suivant représente les taux standardisés de mortalité (2007-2009) associés au cancer, pour l'ensemble et les quatre sites principaux, selon le sexe, pour Lanaudière et le reste du Québec (pour 100 000 personnes)<sup>36</sup>. On constate que le taux de mortalité est significativement plus élevé dans la région que dans le reste du Québec pour trois des quatre cancers les plus fréquents, soit le cancer du poumon, de la prostate et le cancer colorectal.

	Sexe	2007-2009	
		Lanaudière	Le reste du Québec
<b>Ensemble des cancers</b>			
Nombre de décès	Femme	1 519	25 550
	Homme	1 719	27 964
	Total	3 238	53 514
Mortalité	Femme	226	200,1
	Homme	298,3	282,1
	Total	257,7	234,9
<b>Poumon</b>			
Nombre de décès	Femme	504	6 904
	Homme	680	9 480
	Total	1 184	16 384
Mortalité	Femme	73,9	55,3
	Homme	115,4	94,5
	Total	92,1	71,6
<b>Colorectal</b>			
Nombre de décès	Femme	167	3 122
	Homme	205	3 355
	Total	372	6 477
Mortalité	Femme	25,2	23,7
	Homme	36,3	33,8
	Total	30,3	28,2
<b>Sein</b>			
Nombre de décès	Femme	222	3 766
	Homme	2	39
Mortalité	Femme	33	30,1
<b>Prostate</b>			
Nombre de décès	Homme	136	2 074
Mortalité	Homme	26,5	22

<sup>35</sup> Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichiers des décès : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/syllia/Pages/Statistiques.aspx>

<sup>36</sup> Institut de la statistique du Québec, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

## STRUCTURE DE LA GOUVERNE RÉGIONALE

Dans le but de poursuivre l'amélioration des soins et services entrepris avec le PQLC, la DQC prévoit, dans le Plan directeur présenté à l'automne 2012, la formalisation du RCQ. Le plan directeur de la 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 MSSS, à travers la mise en place du 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.

Pour permettre à la région d'atteindre les objectifs ministériels, l'Agence a mis en place une gouverne et le réseau cancer Lanaudière. Cette section présente la structure du réseau de cancérologie Lanaudière (RCLa) et les mandats des différents comités qui y sont impliqués.

Le RCLa partage les mêmes principes généraux et spécifiques du RCQ de la DQC. Les participants au RCLa doivent partager les mêmes valeurs que celles du RCQ.

### ***À savoir :***

- ↗ Une approche globale, mettant en œuvre des activités axées autant sur les besoins de la population que sur ceux des personnes atteintes de cancer;
- ↗ Le respect de la perspective du patient et de son autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance ainsi que l'équité;
- ↗ La qualité comme premier guide de leurs choix, en tenant compte non seulement de l'efficacité des interventions et de l'efficacité des services, mais également de la qualité de vie des personnes.

### ***Dans Lanaudière, la structure et le mode de fonctionnement du RCLa comporte :***

- ↗ Une gouverne régionale de cancérologie;
- ↗ Un comité de coordination;
- ↗ Un comité de concertation des communautés de pratiques régionales, et interrégionales;

↳ Les comités régionaux thématiques et les centres de santé et de services sociaux du Nord et du Sud de Lanaudière.

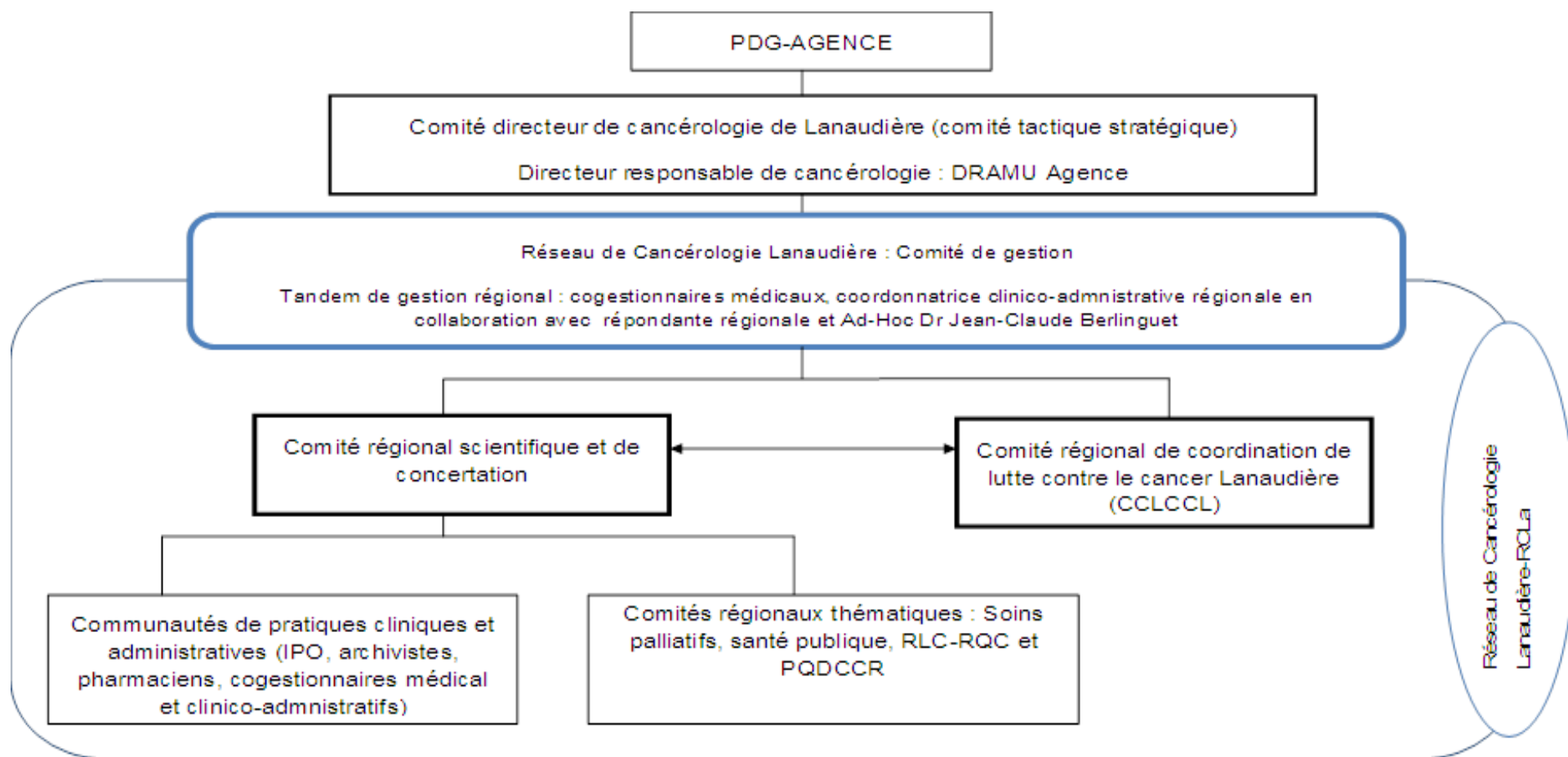
Considérant la particularité de la région de Lanaudière, la gouverne régionale de cancérologie avec son comité directeur stratégique agira à titre de comité régional de suivi avec un réseau de coordination concerté avec le tandem de gestionnaire médical et clinico-administratifs dans les établissements.

Tandis que les comités de coordination et de concertation agiront à titre de comités de gestion dans la mise en œuvre du programme de lutte contre le cancer dans les CSSS et les établissements afférents.

Un document descriptif du RCLa et de ses composantes a été réalisé et distribué à l'ensemble des instances impliqué dans la lutte contre de cancer. Voir document en annexe 2.

Afin de faciliter la mise en œuvre du réseau, **une entente de partenariat** est établie entre l'Agence de santé et des services sociaux de Lanaudière ainsi que les CSSS du Nord et Sud de Lanaudière.

La figure ci-dessous représente le modèle de Lanaudière adapté du modèle intégré et hiérarchisé proposé par la DQC.





## **PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN CANCÉROLOGIE**

Dans un premier, nous présentons les activités du plan d'action régionale 2015-2020 pour la région de Lanaudière.

Ce plan d'action global a été le fruit d'une collaboration entre l'Agence et les deux CSSS de la région.



	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cibles Ministérielles /Régionales	Actions/moyens	Responsables (R) / Collaborateurs (C)	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
2	Prendre en considération l'expérience de soins et de services vécue par les patients.	Réalisation, par l'Institut de la statistique du Québec (mandaté par la DQC), du 2 <sup>e</sup> cycle de l'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer.	Pourcentage de réalisation de l'enquête.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC)	DQC				Selon DQC
		Élaboration et distribution d'un ensemble de questions communes pour la tenue d'enquêtes dans les établissements sur l'expérience des patients tout au long de leur parcours thérapeutique.	Pourcentage de réalisation de l'élaboration du questionnaire.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC)	Agence (c) DQC (R)				Selon DQC
		Mesurer le niveau de satisfaction de la clientèle recevant des soins et des services en oncologie (avec l'agrément).		100 %, dès la réception des questions de la DQC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un questionnaire à partir des questions retenues par la DQC.</li> <li>Distribuer le questionnaire.</li> <li>Analyser les résultats.</li> <li>Faire un plan d'action.</li> </ul>	Conseillère en gestion des risques et de la qualité (C) Chef de lutte contre le cancer (R)	<b>R</b>			Selon DQC

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cibles Ministérielles /Régionales	Actions/moyens	Responsables (R) / Collaborateurs (C)	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
3	Prendre en compte la réalité vécue par les personnes immigrées et les membres des communautés ethnoculturelles, ainsi que les caractéristiques qui leur sont propres.	Collaboration établie avec des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles en vue de leur consultation lors de l'élaboration des programmes nationaux en cancérologie.	Portrait des o. c.	100 % de la première année (M)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertorier les organismes communautaires établis sur notre territoire.</li> <li>• Produire un portrait régional des communautés ethnoculturelles.</li> <li>• Faire connaître aux intervenants en place les réalités des communautés ethnoculturelles.</li> <li>• Prévoir dans les programmes de formation des intervenants l'amélioration de la compréhension de différentes cultures.</li> <li>• Intégrer la prise en compte des besoins des organismes communautaires ethnoculturels.</li> </ul>	Comité de concertation  Direction des services sociaux		R		

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

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables / Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
4	Adopter de bonnes pratiques d'annonce du diagnostic.	Diffusion d'un compendium des bonnes pratiques pour l'annonce du diagnostic.	Pourcentage des médecins et professionnels ayant reçu le compendium.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			Selon DQC
		Soutenir les professionnels dans l'accompagnement et le soutien de la clientèle ayant reçu un diagnostic de cancer.	Conférence faite	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Inviter un expert conférencier.	DQC Agence	R			
5	Soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique.	Diffusion d'outils à l'appui des meilleures pratiques d'information et d'accompagnement du patient lors de son accueil, pendant et à la fin des traitements.	Outil recensé	95 % des patients participent au cours de groupe 100 % la première année 100 % de patients sont rencontrés par IPO de façon individuelle 100 % de patients sont rencontrés par la pharmacienne de façon individuelle.	Recensement de tous les outils remis à la session d'accueil.	Chef de lutte contre le cancer		R		Mars 2014
			Rencontre individuelle par l'IPO pour chaque patient.			Chef de lutte contre le cancer		R		
			Rencontre individuelle par la pharmacienne-conseil pour tous les nouveaux patients pour les traitements intraveineux et per-os.				R			
		Bonne participation du patient au cours de groupe.			Cours de groupe en oncologie	Chef de lutte contre le cancer			R	En continu

Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables / Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier	
						À mettre en place	À maintenir	À consolider		
		% patient hospitalisé avec un formulaire de transfert de l'information.	100 % la première année	Utiliser le document de transfert de l'information POR.	Chef de lutte contre le cancer		R		En continu	
		% de diffusion des outils cliniques pour les sessions d'accueil.	100 % la première année	Procédure nouveau cas	Chef de lutte contre le cancer		R		En continu	
		Promotion de l'utilisation du passeport en oncologie auprès des patients et des intervenants.	Proportion de réalisation de l'outil de promotion.	100 % des patients reçoivent et utilisent le passeport.	Remise et explication du passeport lors du cours de groupe VS rencontre individuelle	Chef de lutte contre le cancer			R	En continu
			Promouvoir l'utilisation du passeport en cours de traitement.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Encourager et faciliter la participation des patients aux ateliers d'autogestion des soins en utilisant le passeport.	Agence CSSS			R	
		Développement d'un carnet semblable au passeport en oncologie à l'intention des enfants atteints de cancer et de leur famille.	Proportion de réalisation d'un premier carnet à l'intention des enfants atteints de cancer.	100 % la deuxième année	S.O.					
6	Faciliter et uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie.	Évaluer, choisir et utiliser un formulaire approprié. Présentation au personnel Diffusion d'un formulaire standardisé pour l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie et promotion de son utilisation.	Taux d'utilisation du nouveau formulaire	XX % la deuxième année (manque de ressource, non atteignable pour l'instant)	Utilisation du nouveau formulaire	IPO (C) Chef de lutte contre le cancer			R	Sept. 2015 (car aucune évaluation initiale par l'IPO pour l'instant, mais tous les patients ont accès à une

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables / Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
										IPO) Pour le CSSSNL en place sous forme de projet
7	Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer.	Concertation en réseau pour le choix d'un outil validé de dépistage de la détresse, diffusion de l'outil choisi et promotion de son utilisation.	Mécanisme actualisé	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Mettre en place un mécanisme de dépistage	En attente du comité de travail national « dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer »	R			
			Personne identifiée	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Identifier une ressource pour prendre en charge.		R			
			# d'intervenants formés	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Former les intervenants auprès de la clientèle sur le dépistage.		R			
8	Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation.	Critères d'orientation vers les soins et services de soutien en fonction de la gravité des symptômes.	Pourcentage de réalisation des critères d'orientation pour psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionniste, audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste.	100 % la cinquième année	Répertorier et réviser tous les critères d'orientation vers les professionnels.	Chef de lutte contre le cancer Professionnels			R	Déc. 2020



	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables / Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
10	Outiller les équipes afin que les professionnels en soins palliatifs soient impliqués le plus tôt possible dans le parcours thérapeutique de la personne atteinte de cancer.	Critères d'orientation vers les services de soins palliatifs pour le soulagement des symptômes pendant les phases active et chronique de la maladie.	Pourcentage de réalisation des critères d'orientation pour les soins palliatifs.	100 % la deuxième année	<p>Définir un mécanisme de prise en charge pour la clientèle soins palliatifs – Consultations en provenance de l'oncologie.</p> <p>Réviser et diffuser les critères d'orientation.</p> <p>Utilisation du PPS pour chaque patient de soins palliatifs</p>	<p>Chef de lutte contre le cancer (R)</p> <p>Chef medical en soins palliatifs(C)</p> <p>Chef médical de l'oncologie (C)</p> <p>Chef administration de programme au SAD</p>			R	<p>Décembre 2014</p> <p>Décembre 2014</p>
11	Renforcer les soins palliatifs.	Augmentation du nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile et augmentation du nombre d'interventions à domicile par personne.	Proportion de personnes desservies en soins palliatifs à domicile.	Hausse de 2 %	<p>Collaboration à développer entre IPO et IPSP pour la clientèle identifiée soins palliatifs</p> <p>Poursuivre la collaboration entre les pharmaciens d'oncologue et les pharmaciens communautaires</p>	<p>Comité de soins palliatifs régional</p> <p>Chef de lutte contre le cancer (R)</p> <p>Chef administration de programme au SAD</p>	R			

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables / Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
			Nombre moyen d'interventions à domicile par personne.	Hausse de 2 %	(plan de transfert, liaison)	Comité de soins palliatifs régional			R	
		Augmentation du nombre de lits en maisons de soins palliatifs, en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).	Nombre de lits disponibles en soins palliatifs selon le type d'établissement (maisons de soins palliatifs, CHSGS et CHSLD).	Hausse de 2 %.		Agence Comité de soins palliatifs régional			R	
		Promotion d'une formation continue en soins palliatifs à l'intention des infirmières.	Pourcentage de réalisation du contenu oncologique dans la formation sur les soins palliatifs à l'intention des infirmières.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC)  Capsules et formation pour les infirmières de SAD par l'IPSP.	DQC Agence DSI Chef administration de programme au SAD			R	
<b>12</b>	Recenser les besoins particuliers des personnes ayant survécu à un cancer.	Portrait des enjeux relatifs au vécu des personnes en rémission de leur cancer.	Pourcentage de réalisation du portrait.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la DQC	DQC	R			

## Objectif 1.3 : Soutenir les intervenants de première ligne

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
13	Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie.	Outils cliniques pour aider les intervenants à offrir tous les dépistages requis en fonction de l'âge de la personne et des données probantes.	Nombre d'outils cliniques produits pour les quatre principaux sièges tumoraux.	50 % la première année 100 % la deuxième année	Diffusion des outils cliniques à tous les intervenants de soins à domicile	Chef administratio n de programme au SAD		S		
		Requêtes standardisées, incluant des niveaux de priorité clinique, pour la coloscopie, la mammographie et la bronchoscopie (de telles requêtes sont déjà élaborées et utilisées pour la coloscopie.)	Proportion de réalisation des requêtes standardisées (coloscopie, mammographie, bronchoscopie).	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020 pour mammographie et bronchoscopie	Utilisation de la requête pour la coloscopie et la gastroscopie. En attente de la DQC pour les autres requêtes.	DQC Agence  Chef de lutte contre le cancer			R	
		Plans standardisés de suivi post-traitement à long terme.	Nombre de plans standardisés produits (quatre principaux sièges tumoraux).	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
		Formation continue sur les séquelles potentielles chez les personnes ayant survécu à un cancer.	Pourcentage d'élaboration de la formation continue (quatre principaux sièges tumoraux).	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
		Formation sur le suivi des patients en cancérologie.	Pourcentage de réalisation de la formation continue.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			

## PRIORITÉ 2 : L'INTERVENTION PRÉCOCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER

### Objectif 2.1 : Accentuer la prévention du cancer

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
14	Poursuivre les efforts de réduction du tabagisme.	Réduction de la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et de la proportion de fumeurs de 15 ans ou plus à 16 %.	Proportion de fumeurs de cigarettes chez les élèves du secondaire (EQSIS) et chez les 15 ans et plus (ESCC).	Réduction à 13 % chez les jeunes du secondaire Réduction à 16 % chez les fumeurs de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir un service de counselling en cessation tabagique pour les jeunes dans les écoles secondaires et les milieux de vie des jeunes.</li> <li>• Offrir aux écoles secondaires le programme VIF (vivre indépendant de la fumée) afin de prévenir l'initiation tabagique chez les jeunes de secondaires.</li> <li>• Soutenir les activités de mobilisation des jeunes contre l'usage du tabac dans les écoles ou en milieu de vie (maison des jeunes).</li> <li>• Suite aux travaux sur les orientations régionales, mettre en œuvre le plan d'action régional 2015-2018 en cessation tabagique.</li> </ul>	Médecin-conseil, DSP		R		En continu
						Coordonnatrices santé publique		R		En continu
						APPR de l'ASSSL		R		En continu
							R		En continu	

Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
						À mettre en place	À maintenir	À consolider	
	Augmentation de la proportion de fumeurs qui ont recours aux services d'aide à la cessation prévus dans le Plan québécois d'abandon du tabagisme.	Prévalence de l'usage de la cigarette au cours d'une période de 30 jours (ETADJES). Ne semble pas être le bon indicateur, puisqu'il s'agit de l'ETADJES (enquête chez les ados)	Augmenter de 44 % en 2010 à XX % la proportion de fumeurs qui font des tentatives de renoncement au tabac au cours des douze mois qui précèdent l'enquête.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre le plan d'action 2012-2015 concernant le centre d'abandon tabagique (CAT) afin d'augmenter le nombre de références au CAT du CSSSSL.</li> <li>Suite aux travaux sur les orientations régionales, mettre en œuvre le plan d'action régional 2015-2018 en cessation tabagique</li> </ul>	Médecin-conseil DSP  Coordonnatrices santé publique  APPR de l'ASSSL	R		R	Annuel  En continu
15	Réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée du tabac.	Diminution de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée dans les différents lieux qu'ils fréquentent (domicile, voiture, milieu de travail, lieux de loisirs extérieurs fréquentés par les enfants).	Proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon le lieu.	Diminution de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée dans les différents lieux qu'ils fréquentent (domicile).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Révision de la politique relative à l'application de la loi sur le tabac CA-POL-03.</li> <li>(à compléter par le CSSNL)</li> </ul> Poursuivre les mandats des équipes Saines habitudes de vie auprès des municipalités	Médecin-conseil DSP  Coordonnatrices santé publique  APPR de l'ASSSL		R	Déc. 2014  En continu

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
16	<p>Mettre en œuvre les activités du PNSP et les plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) en santé publique.</p> <p>Poursuive la mise en œuvre des activités du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (PAG), investir pour l'avenir et le plan d'action régional du Plateau Lanaudois Intersectoriel (PLI) en SHV</p>	<p>Atteinte des cibles de prévention décrites dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS<sup>2</sup> (p. ex. : 85 % d'activités du PNSP implantées d'ici 2015) ainsi que des cibles d'action intersectorielle pour agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de personnes qui consomment moins 5 portions de fruits et légumes (ESCC).</li> <li>• Proportion des élèves du secondaire consommant en général le nombre minimal de portions recommandées de légumes et de fruits quotidiennement par le Guide alimentaire (EQSIS).</li> <li>• Répartition de la population de 15 à 17 ans selon le niveau d'activité physique de loisir (EQSIS).</li> <li>• Répartition des élèves du secondaire selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport durant l'année (EQSIS).</li> <li>• Répartition de la population de 15 à 17 ans selon le statut pondéral (EQSIS).</li> <li>• Proportion de la population de 18 ans et plus présentant en surplus de poids (ESCC).</li> </ul>	<p>Les cibles suivantes du PNSP couvrent de façon plus large les saines habitudes de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et légumes quotidiennement.</li> <li>• Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.</li> </ul> <p>Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration du plan d'action de la santé publique, 2013-2014.</li> <li>• Développer conjointement avec la Commission scolaire des Affluents (CSA) une planification concertée d'interventions éducatives en saine habitude de vie (alimentation, mode de vie actif, hygiène, sommeil, gestion du stress) selon l'approche École en santé.</li> <li>• Mise en œuvre des cinq priorités du plan d'action régional du PLI en SHV : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accessibilité</li> <li>✓ Aménagement</li> <li>✓ École en santé</li> <li>✓ Harmonisation</li> <li>✓ Communication</li> </ul> </li> </ul>	<p>Médecin-conseil DSP</p> <p>Coordonnatrice santé publique</p>			R	Déc. 2014
									R	Déc. 2014

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
17	Réduire l'exposition de la population à plusieurs types de substances cancérigènes, notamment dans l'eau potable (par la gestion des dépassements de normes du Règlement sur la qualité de l'eau potable).	Diminution du nombre de déclarations hors-normes pour l'arsenic et le benzène.	Nombre de déclarations hors-normes pour l'arsenic et le benzène.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC DSP	R			
18	Accroître la prévention des cancers de la peau.	Application, par tous les salons de bronzage, de la loi interdisant l'accès aux gens âgés de moins de 18 ans.	Taux d'incidence et taux de mortalité du mélanome de la peau.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC DSP	R			
		Campagne de prévention des cancers de la peau en collaboration avec la Société canadienne du cancer : sensibilisation du public aux risques que représentent les rayons UV émis par le soleil et par les appareils de bronzage.		En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Offrir de la crème solaire aux familles vulnérables (SIPPE-OLO) lors du pique-nique. Remise de documents lors des activités de prévention : Bulletin parents hydratation-protection solaire, quiz UV enfants et quiz UV parents. Activités de prévention par les infirmières jeunesse dans les camps de jour, parc lors de la journée de la famille à Repentigny concernant la protection solaire.	DSP Coordonnatrices santé publique		R	R	En continu

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
19	Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action intersectoriel sur le radon, qui vise à réduire l'incidence du cancer du poumon causé par le radon.	Augmentation du nombre de bâtiments publics effectuant des mesures de radon dans l'air intérieur (écoles, garderies, établissements du RSSS, de la Société d'habitation du Québec, de la Société immobilière du Québec, etc.) et, le cas échéant, du nombre de bâtiments ayant mis en place des procédés d'atténuation du radon (dans les cas où la norme de 200 becquerels par mètre cube) est dépassée.	Nombre de bâtiments publics effectuant des mesures de radon dans l'air intérieur.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente d'orientation nationale (DQC). Collaborer à l'élaboration de la cartographie provinciale servant à déterminer les zones d'investigation prioritaire, à dépister les points de dépassement de la norme canadienne et à identifier les zones à risque pour le radon.	DSP  Coordonnatrices santé publique  Directeur des services techniques	R			
		Augmentation du nombre de municipalités ayant adopté le Code du bâtiment du Canada prônant les techniques de construction qui limitent les infiltrations de radon dans les sous-sols.	Nombre de municipalités ayant adopté les techniques de construction (Code du bâtiment du Canada) qui limitent les infiltrations de radon dans les sous-sols.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Directeur des services techniques	R			

Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
						À mettre en place	À maintenir	À consolider	
	Intensification des activités de communication visant à sensibiliser les municipalités à la problématique du radon et les inciter à adopter les dispositions du Code du bâtiment 2010 ainsi qu'à encourager leurs citoyens à mesurer le radon dans leurs maisons et à réduire sa concentration au besoin.	Nombre de municipalités rejointes par les activités de communication.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.		DQC DSP	R			
	Intensification des activités de communication visant à sensibiliser le public au risque de cancer du poumon relié au radon domiciliaire ainsi qu'à l'importance de mesurer le radon résidentiel et d'appliquer les procédés d'atténuation au besoin (collaboration MSSS et Association pulmonaire du Québec).	Nombre de municipalités rejointes par les activités de communication.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Informé et sensibiliser la population et les municipalités de la région au sujet du radon en conformité avec le Plan d'action intersectoriel et les orientations provinciales.	DQC DSP	R			
20	Maintenir le programme de vaccination contre l'hépatite B pour les groupes à risque élevé selon les critères du protocole d'immunisation du Québec (PIQ); maintenir le programme de vaccination contre	Atteinte des objectifs du PNSP : ✓ Maintenir le taux de cas d'hépatite B aiguë à moins de 1 cas par 100 000 personnes.	Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë.  Nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les moins de 1 an	Maintenir le taux à 1 pour 100 000	Vaccination de la clientèle vulnérable, programme SIDEP (clientèle à risque : homosexualité masculine, utilisateurs de drogues injectables, itinérants et travailleur du sexe)	DSP		R	En continu

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
	l'hépatite B en 4 <sup>e</sup> année du primaire; implanter en 2013 un programme de vaccination des nourrissons contre l'hépatite B.	✓ Maintenir à 2 ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins de 1 an.			par les infirmières SIDEP.  2013-2014 - 323 vaccinations Hépatite B					
		Atteinte et maintien de la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B à 90 % en 4 <sup>e</sup> année du primaire.	Proportion des élèves de 4 <sup>e</sup> année du primaire ayant été vaccinés contre l'hépatite B.	Maintenir le nombre de cas à deux ou moins chez les moins de 1 an	Poursuivre la vaccination dans les écoles. 2012-2013 - 85.1 % 2013-2014 - 87.7 %	DSP Coordonnatrices santé publique		R		En continu
		Atteinte et maintien de la couverture vaccinale des enfants âgés de 1 ou 2 ans à au moins 95 % (enquête INSPQ). L'objectif pour l'immunisation de base est de 95 %.		Taux de couverture de 95 % ou plus	Poursuivre la vaccination.	DSP Coordonnatrices santé publique		R		En continu
21	Maintenir le programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) pour les filles de 4 <sup>e</sup> année du primaire.	Atteinte de la couverture vaccinale contre les VPH à 90 % en 4 <sup>e</sup> année du primaire.	Proportion des filles de 4 <sup>e</sup> année du primaire ayant été vaccinées contre le VPH.	Taux de couverture à 90 %	Poursuivre la vaccination. 2012-2013 80.9 % 2013-2014 77.7 %	DSP Coordonnatrices santé publique		R		En continu
22	Sensibiliser la communauté médicale et la population aux risques de cancer d'origine iatrogénique.	Recensement de l'information disponible.	Avoir recensé l'information et document produit.	100 % la première année	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC DSP Coordonnatrices santé publique				
		Établissement de lignes directrices pour tous les intervenants en santé.	Pourcentage de réalisation des lignes directrices selon les risques identifiés lors du recensement.	50 % la deuxième année	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC DSP				

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

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
23	Améliorer le fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).	Révision du cadre de référence du PQDCS.	Pourcentage de révision des principes, objectifs et paramètre du cadre de référence.		En attente de l'orientation nationale (DQC).	DQC DSP-CCSR Coordonnatrice de l'imagerie médicale et du CRID				
		Obtention d'un avis sur la pertinence d'inviter les femmes âgées de 70 à 74 ans à participer au PQDCS.	% de réalisation de l'avis.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Collaborer à la diffusion de l'avis	DQC DSP-CCSR				
		Bonification des mécanismes d'assurance qualité.	Pourcentage de radiologistes ayant accès à leurs données de rétroaction.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communications aux radiologistes pour promouvoir l'utilisation des données de rétroaction</li> <li>Communication aux CDD pour assurer l'exhaustivité de la complétion des rapports servant à la publication des données aux radiologistes</li> </ul>	DSP-CCSR  Coordonnatrice de l'imagerie médicale et du CRID		R		En continu
								R		En continu

Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
						À mettre en place	À maintenir	À consolider	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle hebdomadaire, mensuel et trimestriel fait et reddition de compte faite à la CAR (Association canadienne des radiologues) pour le maintien de notre accréditation PAM-C (programme d'accréditation en mammographie de la CAR)</li> <li>• l'INSPQ (Institut national de santé publique) pour le maintien de notre accréditation PQDCS (programme québécois de dépistage du cancer du sein)</li> <li>• Formations et accréditation des technologues</li> <li>• Logiciel Sécu-Mammo.</li> <li>• Programme d'Agrément</li> </ul>			R	R R	

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		Amélioration de la prise en charge médicale lors d'une mammographie anormale.	Pourcentage d'élaboration d'un plan d'action sur le positionnement en mammographie.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Collaborer aux travaux nationaux  Diffusion d'un outil de référence pour les médecins de la région  Prise en charge de la clientèle par la clinique de santé du sein ou par l'accueil clinique	DQC DSP-CCSR  Coordonnatrice de l'imagerie médicale et du CRID- Médecin-conseil, FRCS		R		
			Pourcentage d'identification d'un mécanisme de suivi de l'accessibilité.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.		Coordonnatrice de l'imagerie médicale et du CRID DSP			R	En continu
24	Optimiser le dépistage opportuniste du cancer colorectal par l'utilisation du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI) en remplacement du test au gaïac.	Disponibilité du test RSOSLI partout au Québec.	Pourcentage des établissements utilisant le test.	100 % la première année	Mise en place en oct. 2013	Médecin-conseil, FRCS  Coordonnatrice de biologie médicale		R		Oct. 2013
		Stratégie de communication.	Plan de communication réalisé.	100 % la première année	Réalisé	Médecin-conseil, FRCS Coordonnatrice de biologie médicale		R		Oct. 2013
		Formation en ligne pour les médecins prescripteurs.	Pourcentage du programme de développement professionnel réalisé.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Diffuser l'information lorsqu'elle sera disponible	DQC Agence				

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		Formation en ligne pour les infirmières en endoscopie.	Pourcentage du programme de développement réalisé.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente des travaux nationaux (DQC).	DQC Agence				
25	Poursuivre l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).	Implantation progressive de l'ensemble des opérations du PQDCCR au sein des huit sites de démonstration.	Pourcentage des sites de démonstration où la mise à niveau est implantée.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Agence Médecin-conseil, FRCS				
		Déploiement progressif du PQDCCR à l'ensemble de la province en fonction des résultats des projets de démonstration.	Pourcentage des établissements où la mise à niveau est déployée.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Agence				
26	Optimiser les pratiques en matière de dépistage du cancer du col utérin.	Mise en œuvre des lignes directrices publiées par le groupe d'experts de l'Institut national de santé publique du Québec.	Pourcentage de médecins omnipraticiens et gynécologues informés.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Diffusion des lignes directrices	DQC DSP				
		Stratégie de communication.	Plan de communication.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC DSP				
		Accessibilité, pour les participantes n'ayant pas accès à un médecin traitant, du dépistage du cancer du col utérin effectué par une infirmière.	Pourcentage des établissements utilisant la formation.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Coordonnatrice biologie médicale				
		Outils encadrant la pratique infirmière, assortis d'une formation.	Pourcentage ciblé des femmes non rejointes n'ayant jamais eu un test de dépistage du cancer du col utérin.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Coordonnatrice biologie médicale				

## PRIORITÉ 3 : L'Accessibilité des soins et des services

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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
27	Assurer l'accès aux tests, à l'imagerie et aux services spécialisés au moment opportun selon l'urgence de la situation clinique.	Diffusion de critères de priorisation dans les établissements.	Pourcentage des établissements utilisant les critères de priorisation.	100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorisation des cas oncologiques selon les critères cliniques.</li> <li>• Plages réservées à l'accueil clinique.</li> <li>• <b>Priorisation des cas par le radiologiste</b></li> </ul>	Responsable de l'accès – Agence  Coordonnatrice de l'imagerie médicale et du CRID		R	R  R	
		Promotion de mécanismes d'accès formalisés pour les personnes orientées par les intervenants de première ligne ou se présentant en urgence (accueil clinique).	Pourcentage des établissements utilisant un mécanisme d'accès formalisé (accueil clinique).	100 % la deuxième année	Révision des algorithmes en cours.  Information Web des algorithmes	Coordonnatrice responsable du mécanisme d'accès			R  R	Juin 2014  Sept. 2014

## Objectif 3.2 : Assurer un accès approprié aux traitements

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
28	Exercer une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique et en radio-oncologie.	Mise en place d'un mécanisme standardisé de gestion de l'accès.	Pourcentage des établissements ayant mis en place un mécanisme standardisé de gestion de l'accès à la chirurgie.	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste d'attente des cas oncologiques remise toutes les deux semaines à chacun des chirurgiens.</li> <li>Offrir aux chirurgiens qui ont des cas oncologiques qui dépassent les délais ciblés sur leur liste les priorités opératoires qui se libèrent.</li> <li>Point statutaire sur les délais d'attente oncologiques au comité du bloc.</li> <li>Statutaire hebdomadaire de la chef du bloc opératoire et du chirurgien responsable de l'attrition des priorités opératoires pour revoir les listes oncologiques.</li> </ul>	<p>Les responsables locaux de la lutte contre le cancer</p> <p>Médecin-conseil,</p> <p>Coordonnatrice du bloc opératoire</p> <p>Chef médical bloc opératoire</p> <p>Chef du bloc opératoire et chirurgienne responsable de la gestion des cas oncologiques</p>	À maintenir N S	À maintenir R	À maintenir R	
		Publication des résultats de la surveillance des temps d'attente dans le site Internet du MSSS.	Publication des temps d'attente sur le site du MSSS Radio-onco. Chirurgie	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptabilisation des données dans OPÉRA.</li> </ul>	Coordonnatrice du bloc opératoire	À maintenir R			

Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
						À mettre en place	À maintenir	À consolider	
	Atteinte et maintien des cibles ministérielles en matière de temps d'attente.	Proportion des établissements respectant les cibles ministérielles Radio-onco chirurgie.	50 % la première année 100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation d'un plan d'action portant sur l'optimisation des salles au bloc opératoire (Détermination des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs dans l'optimisation des salles, planification rigoureuse des programmes opératoires, gestion optimale des opérations quotidiennes au bloc opératoire, entrée en salle ponctuelle, suivi des indicateurs et résultats au comité du bloc opératoire (point statutaire) mise en place d'une équipe de soins infirmiers de nuit au bloc opératoire et gestion des ressources humaines.</li> <li>Approbation du plan d'action par les membres du comité du bloc op.</li> </ul>	Coordonnatrice du bloc opératoire  Chef médical bloc opératoire          Coordonnatrice du bloc opératoire  Chef médical bloc opératoire	À maintenir R			
						Réalisé			

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		Mise en place de mesures de redressement dans les établissements, le cas échéant.	Proportion des établissements respectant les cibles ministérielles Radio-onco Chirurgie	50 % la première année 100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer le plan d'action en place.</li> <li>Identifier les raisons.</li> <li>Voir plan d'action d'optimisation du bloc opératoire.</li> </ul>	Coordinatrice du bloc opératoire  Chef médical bloc opératoire	À maintenir R			
29	Implanter un mécanisme standardisé de gestion de l'accès en chimiothérapie.	Développement et diffusion d'un cadre de référence sur la gestion de l'accès en chimiothérapie.	Pourcentage de réalisation du cadre de référence.	50 % la première année et 100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun délai d'attente pour les traitements de chimiothérapie).</li> </ul>	Leader médical régional	À maintenir R			
		Atteinte et maintien des cibles ministérielles en matière d'accès.	Proportion des établissements respectant les cibles ministérielles.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Agence				
30	Instaurer des corridors de service bidirectionnels.	Des ententes entre les établissements et un centre régional ou des centres intégrés de cancérologie (CIC) pour des corridors de services.	Pourcentage des régions ayant complété l'ensemble de leurs ententes <ul style="list-style-type: none"> <li>intrarégional</li> <li>interrégional</li> </ul>	100 % la première année en intrarégional 100 % la deuxième année en interrégional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recenser l'ensemble des corridors de services.</li> <li>Officialiser les corridors de services.</li> <li>Vérifier auprès du DG les documents signés (officiels) concernant les corridors de services.</li> </ul>	Comité stratégique régional Responsable de l'accès - Agence	À consolider R			
		Des critères d'orientation et de suivi.	Pourcentage d'établissements utilisant des critères formels d'orientation et de suivi	100 % la deuxième année		Agence	À maintenir R			

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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
31	Favoriser l'accès local à des services spécialisés grâce aux technologies de l'information.	Déploiement de la télépathologie.	Pourcentage des établissements locaux utilisant la télépathologie.	Pourcentage des établissements locaux utilisant la télépathologie.	En attente de la décision nationale (DQC).	Agence Répondante régionale Coordonnatrice biologie médicale	R			
32	Soutenir les services d'hébergement offerts aux personnes devant recevoir des traitements à l'extérieur de leur région de résidence.	Promotion des services d'hébergement existants.	Proportion du coût des lits payé par le MSSS.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En attente de la décision nationale (DQC).</li> <li>Au niveau régional, existence d'un fonds d'aide au déplacement en radiothérapie</li> </ul>	Agence Répondante régionale		R		En continu

## 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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
33	Réaliser le deuxième cycle d'évaluation des composantes du RQC.	Révision et élaboration des critères pour l'évaluation des établissements, des réseaux régionaux et des équipes suprarégionales.	30 % la deuxième année	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	Agence Chef des archives	R			
		Diffusion du processus d'évaluation.	Pourcentage de diffusion réalisée	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
		Réalisation du deuxième cycle d'évaluation.	Proportion des agences évaluées	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
			Pourcentage des établissements évalués.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
34	S'assurer du respect des normes cliniques et organisationnelles dans les unités de coloscopie.	Engagement des unités d'endoscopie dans le processus de mise à niveau proposé par le MSSS.	Pourcentage des unités d'endoscopie engagées dans le processus de mise à niveau.	30 % la première année 100 % la deuxième année	Plan d'action en cours en endoscopie.	Responsable de l'accès-Agence Chef de lutte contre le cancer Chef médical de l'endoscopie			R	

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
35	Compléter la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie (PAQ).	Application des recommandations du PAQ en anatomopathologie.	Pourcentage des établissements appliquant les recommandations priorisées par le comité de pathologie.	100 % la deuxième année	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Coordonnateur régional Coordonnatrice biologie médicale				



## Objectif 4.2 : Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
36	Mettre en place les conditions propices à l'usage sécuritaire des médicaments en oncologie aux étapes de prescription, de préparation, d'administration et de suivi des patients.	Plan de mise en œuvre des recommandations du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques.	Pourcentage des établissements appliquant les recommandations prioritaires par le comité des cogestionnaires conjointement avec le comité de pharmacologie.	100 % la cinquième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la mise en place des traitements sur deux jours.</li> <li>• Équilibrer les traitements sur cinq jours.</li> <li>• Ordonnances standardisées à compléter.</li> <li>• Faire un plan d'action pharmacie /oncologie.</li> <li>• Analyser les écarts.</li> <li>• Mettre en place les actions correctives.</li> </ul>	Coordonnateur régional Chef de la pharmacie Chef de la lutte contre le cancer			R  R  R  R  R	Déc. 2014  Déc. 2014  Déc. 2020  Déc. 2020
37	Assurer la prestation sécuritaire et la qualité des traitements de radiothérapie.	Implantation d'un programme d'assurance qualité en radiothérapie.	Pourcentage des établissements ayant implanté le programme.	100 % la deuxième année	S.O.					

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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
38	Déployer des rapports de pathologie standardisés et synoptiques.	Développement et mise en œuvre d'un plan de déploiement.	Pourcentage de réalisation du plan.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
		Adoption au Québec du contenu de rapports standardisés pour les sièges de cancer suivant : poumon, côlon et rectum, prostate, sein et endomètre.	Pourcentage du contenu des rapports standardisés adoptés	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC	R			
39	Favoriser l'utilisation de protocoles opératoires standardisés et synoptiques.	Dossier d'affaires décrivant les besoins et les étapes à franchir pour l'optimisation des applications informatiques en vue du déploiement provincial.	Pourcentage de réalisation du dossier d'affaires.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC)	DQC	R			
		Adoption au Québec du contenu de rapports standardisés pour les quatre principaux sièges de cancer : côlon et rectum, sein, poumon et prostate.	Pourcentage du contenu des rapports standardisés adoptés	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Déploiement du protocole opératoire standardisé colorectal pour tous les chirurgiens de Lanaudière en 2011 Collaboration aux travaux nationaux	DQC	R			

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
40	Favoriser l'utilisation de rapports standardisés et synoptiques en imagerie et en endoscopie.	Adoption, par un comité national en imagerie, du contenu de rapports standardisés.	Pourcentage du contenu adopté des rapports d'imagerie pour les 4 principaux sièges tumoraux : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colon</li> <li>✓ Sein</li> <li>✓ Poumon</li> <li>✓ Prostate</li> </ul>	100 % la deuxième année  En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020. En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020. En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une requête standardisée pour la coloscopie.</li> <li>• Utilisation d'une requête standardisée pour la gastroscopie.</li> <li>• Utilisation d'une requête standardisée pour le poumon.</li> <li>• Utilisation d'une requête standardisée pour le sein.</li> <li>• Utilisation d'une requête standardisée pour la prostate.</li> </ul>	Chef de la lutte contre le cancer Chef médical de l'endoscopie Agence DQC Agence DQC Agence DQC	R  R  R		R  R	
		Adoption du contenu de rapports standardisés par des comités nationaux pour l'endoscopie et la colposcopie pour les principaux sièges de cancer.	Pourcentage du contenu des rapports d'endoscopie adopté : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poumon</li> <li>✓ Col utérin</li> <li>✓ Colon</li> </ul>	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC)	DQC				
41	Contribuer à la présentation systématique des cas de cancers rares ou complexes aux comités des thérapies du cancer.	Diffusion de critères pour la présentation des cas issus des travaux en cours au Collège des médecins du Québec.	Diffusion des critères	100 % la première année	Cas discuté au comité des tumeurs	CMDP Coordonnateur régional Comité scientifique régional		R		

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
42	Outiller les cliniciens pour l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes.	Élaboration et diffusion d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour les principaux sièges de cancer : sein, côlon et rectum, poumon et prostate ainsi que pour lymphome et cancers gynécologiques.	<p>Pourcentage des algorithmes réalisés sur l'ensemble des 4 principaux sièges tumoraux.</p> <p>Pourcentage des algorithmes réalisés pour le lymphome et cancer gynécologique.</p> <p>Pourcentage des établissements utilisant les algorithmes pour les 4 principaux sièges tumoraux.</p>	<p>100 % la cinquième année</p> <p>100 % la cinquième année</p> <p>50 % la cinquième année</p>	<p>À travailler au comité scientifique</p> <p>Organisation d'un congrès annuel sur le cancer pour les médecins de première ligne et les équipes de cancérologie</p> <p>Communauté de pratiques</p>	Dr Laplante	R			Déc. 2020
		Élaboration et diffusion de guides d'administration des traitements systémiques assortis de fiches-conseils destinées aux patients.	<p>Pourcentage de réalisation des guides prévus au plan de travail.</p> <p>Pourcentage des établissements utilisant les guides.</p> <p>Consultation du GEOQ par les pharmaciens.</p> <p>Dépôt des conseils - patients dans les ordonnances - patients.</p>	<p>En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.</p>	<p>En attente de la décision nationale (DQC).</p>	DQC				

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		<p>Mise sur pied de mécanismes de collaboration entre l'INESSS et la DQC du MSSS pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation des médicaments antinéoplasiques dans le processus de mise à jour des listes de médicaments.</li> <li>• La production de guides de pratique clinique en oncologie.</li> <li>• La production de rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en oncologie.</li> </ul>	Entente de collaboration réalisée.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				



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

	Lien plan DQC/Régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
43	Favoriser le déploiement de systèmes d'information clinique intégrant le continuum de soins en oncologie.	Dossier d'affaires décrivant les étapes à franchir pour le déploiement d'un tel système dans les établissements.	Pourcentage des orientations réalisées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technologique</li> <li>• Clinique</li> </ul>	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la DQC					

## Objectif 4.5 : Encourager la formation et le maintien des compétences

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
44	Offrir aux intervenants en coloscopie des moyens de développement professionnel continu.	Programme de développement professionnel continu à l'intention des coloscopistes et des infirmières en coloscopie.	Pourcentage du programme de développement professionnel réalisé.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	Prévoir un budget de formation pour les infirmières en endoscopie.	Directeurs cliniques (DSI - DSP-DSSP)	R			
45	Faciliter l'accès à de la formation continue pour les intervenants en oncologie du Québec.	Mise en ligne d'une formation en différents modules (urgences oncologiques, interdisciplinarité, etc.) pour les infirmières pivots en oncologie (IPO).	Pourcentage du programme de développement professionnel réalisé.	100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir un budget de formation pour les infirmières.</li> <li>Mobiliser le personnel à participer.</li> <li>Organiser un congrès 3L pour les intervenants de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne (thématique prévention).</li> </ul>	Ensemble des directeurs cliniques Agence		R	R	En continu entre les 3L
		Offre de tutorat par Webinaire pour accompagner la formation en ligne, avec crédits de formation.		En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		Adaptation de cette formation pour les autres disciplines.	Pourcentage de regroupement d'unités de formation en ligne disponible pour les paraprofessionnels.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				

## Objectif 4.6 : Favoriser le développement de la recherche

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
46	Optimiser la capacité de soutien à la recherche en oncologie au Québec.	Formation d'un consortium d'organismes subventionnaires pour la recherche en oncologie.	% de réalisation du consortium.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
		Soutien au développement des biobanques.	Recommandations sur les mesures à prendre établies avec le FRQS.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).					
47	Accroître la participation aux essais cliniques.	Tenue d'un symposium sur la recherche clinique au Québec.	Symposium réalisé annulé	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	• Collaboration à des protocoles de recherche.	Chef médical de l'oncologie	À maintenir			
		Mise en place d'un réseau de recherche clinique en oncologie.	% d'élaboration de l'avis	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).					

## PRIORITÉ 5 : LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU

### Objectif 5.1 : Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
48	Instaurer l'organisation du RCQ au palier national.	Mise en place des comités nationaux prévus au plan directeur.	Pourcentage des comités nationaux mis en place.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
		Titularisation des centres intégrés de cancérologie.	Pourcentage des centres intégrés titularisés.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
49	Créer ou consolider les réseaux régionaux/interrégionaux.	Présence de réseaux régionaux/interrégionaux conformes au plan directeur.	Pourcentage des réseaux conformes au plan.	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'action régional</li> <li>Programme régional</li> <li>Organigramme régional</li> <li>Rencontre comité stratégique régional</li> <li>Rencontres comité de coordination et de concertation</li> </ul>	Comité régional			R R R R R	Septembre 2014 Mi-octobre 2014 Juin 2014 Juillet 2014 Octobre 2014
		Programmes régionaux en cancérologie.	Pourcentage des programmes conformes au plan.	100 % la cinquième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de lutte contre le cancer</li> <li>Néoplasie pulmonaire</li> <li>Chirurgie thoracique</li> </ul>	Agence	R		R	

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
50	Assurer l'implantation, dans les établissements et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), du modèle organisationnel prévu au plan directeur.	Mise en place d'une gouverne en cancérologie dans les établissements.	Pourcentage des établissements ayant une gouverne en place mise à jour.	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structure locale en place</li> <li>Mandat du comité directeur local de lutte contre le cancer.</li> <li>Communauté de pratique.</li> </ul>	CSSSSL	R	R	R	Juin 2014
		Implantation et maintien d'un programme ou d'un plan d'action en cancérologie à jour dans les établissements.	Pourcentage des établissements ayant mis à jour leur plan depuis l'adoption du plan directeur.	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'action régional de lutte contre le cancer.</li> <li>Plan de communication</li> <li>Calendrier de rencontre</li> </ul>	Comité directeur régional			R	
51	Évaluer l'implantation du RCQ.	Appel d'intérêt proposé à la communauté de recherche et réalisation de l'évaluation de l'implantation.	Pourcentage de réalisation de l'évaluation de l'implantation.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				

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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
52	Introduire, de façon coordonnée et suivant des normes de qualité, les nouvelles analyses de pathologie moléculaire accompagnant les thérapies ciblées en oncologie.	Collaboration à l'évaluation des nouvelles analyses de pathologie moléculaire avec les autres partenaires concernés.	Consensus sur un mécanisme de coordination pour l'introduction des nouvelles analyses.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la DQC	DQC				
		Mise en place des nouvelles analyses de pathologie moléculaire selon une approche concertée.		En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la DQC	DQC				
53	Formaliser l'offre de soins et de services pour les personnes atteintes : <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un cancer du poumon;</li> <li>d'un cancer de l'œsophage;</li> <li>d'un cancer hépatobiliaire ou pancréatique;</li> <li>d'un cancer de la sphère otorhinolaryngologique;</li> <li>d'un cancer de la thyroïde;</li> <li>d'un cancer gynécologique.</li> </ul>	Établissement de critères pour la désignation des centres de référence et des centres affiliés.	Nombre de sièges tumoraux pour lesquels des critères de désignation (référence, affilié ou partenaire) ont été établis.	50 % la première année 75 % la deuxième année	En fonction de la désignation des centres de référence, établir les corridors de services	Agence Comité stratégique régional	R			Décembre 2015
		Désignation des centres de référence et des centres affiliés.  Répertoire les centres de référence des différents cancers et établir des corridors pour l'HPLG.	Proportion des régions faisant partie d'un réseau par siège tumoral.		Répertoire les centres de références affiliés.	Agence				

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
54	Favoriser un développement coordonné des nouveaux soins et services en cancérologie dans le système de santé en tenant compte de l'intégration et de la complémentarité des soins et des services.	Énonciation de principes pour le développement de nouveaux services.	% d'élaboration des principes.	100 % la deuxième année	Annoncer nos besoins en fonction de la population et faire les recommandations aux instances supérieures.	Comité directeur régional	R			
55	Favoriser la complémentarité entre les services de soutien offerts par le réseau public et ceux offerts par les organismes communautaires impliqués dans la lutte contre le cancer.		Groupe de travail mis en place.	100 % la première année		Coordonnatrice santé publique				
56	Élaborer et valider des critères de priorisation pour optimiser l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO).	Mise à disposition et utilisation d'une grille de priorisation.	Proportion de réalisation de la grille.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
		Adaptation d'un outil servant à estimer les effectifs en IPO en fonction des critères de priorité élaborés.	Pourcentage des établissements du projet pilote utilisant la grille de priorisation.	100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimation des besoins des IPO de la région 13 faite par l'agence en 2014.</li> </ul>	Agence				Réalisé

### Objectif 5.3 : Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
57	Faire connaître le RCQ pour favoriser l'adhésion des différents acteurs.	Stratégie de communication incluant des moyens pour informer les intervenants et favoriser la circulation de l'information (par exemple, outils web, publications, etc.).	Stratégie de communication réalisée	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontre des comités régionaux et locaux</li> </ul>	Comité stratégique régional	R			Déc. 2015
		Publication régulière d'une veille informationnelle (informations issues de la recherche sur le cancer et les soins palliatifs, à l'exclusion des résultats de la recherche clinique et fondamentale).	Veille informationnelle publiée	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
58	Soutenir l'adoption des pratiques organisationnelles exemplaires dans les établissements du réseau.	Diffusion d'un répertoire des pratiques exemplaires.	Proportion de pratiques exemplaires disponibles.	100 % des pratiques diffusées	Diffuser et mettre en place les pratiques exemplaires.  Comité des tumeurs en place.  Une rencontre thématique PQLCC avec la 1 <sup>re</sup> ligne GMF.	DQC Agence	R	R		Réalisé
		Tenue annuelle d'un colloque sur les pratiques exemplaires	Colloque réalisé	Novembre 2013 et 2014	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				



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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
59	Évaluer le nouveau programme de cancérologie (plan directeur et plan d'action).	Plan de surveillance du programme de cancérologie.	% d'élaboration du Plan de surveillance.	100 % la deuxième année	Mettre en place un tableau de bord de suivi des indicateurs.	DQC Agence	R			
		Outil commun pour colliger et présenter les résultats de la lutte contre le cancer, tant au palier national que régional ou dans les établissements.	% d'élaboration du Tableau de bord.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC Agence	R			
		Publication des résultats d'évaluation et des rétroactions.	% d'élaboration du rapport d'évaluation.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
60	S'assurer de l'exhaustivité, de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité des données du Registre québécois du cancer (RQC).	Déploiement de la phase 2 (2013-2016).	% de réalisation de la phase 2.	100 % la deuxième année	Début de la saisie en mai 2014 pour les cas colorectal.	Chef des archives		R		
		Plan d'assurance qualité du RQC.		En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
		Plan de diffusion de l'information du RQC.		100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'une archiviste au comité des tumeurs.</li> <li>En attente de la décision nationale (DQC).</li> </ul>	Chef des archives		R		

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
		Transmission des données des registres locaux de cancer (RLC) au RQC selon les conditions prévues au règlement et les cibles définies aux ententes de gestion.		100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation MEDECO</li> <li>Rattrapage clinique externe 2013 de tous les cas nouveaux cas (hospitalisation).</li> </ul>	Chef des archives		R	R	
61	S'assurer du fonctionnement optimal des RLC.	Cadre de référence pour l'élaboration des cahiers de politiques et procédures des RLC.	Pourcentage du cadre de référence élaboré.	100 % la première année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espace collaboratif consulté quotidiennement.</li> </ul>	Chef des archives		R		
		Plan de main-d'œuvre en archivistes-registraires des RLC 2013-2016.	Pourcentage du plan de main-d'œuvre élaboré.	100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communauté de pratiques avec Sacré-Cœur.</li> </ul>	Responsable de formation		R		
		Plan de formation pour les archivistes-registraires des RLC.	Pourcentage du plan de formation élaboré.	100 % la deuxième année	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation des archivistes-registraires aux formations obligatoires.</li> <li>Participation au congrès des registraires (25 avril 2014).</li> <li>Avoir deux registraires gradués.</li> </ul>	Responsable régionale de formation		R	R	R

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

	Lien plan DQC/régional	Objectifs spécifiques	Indicateur	Cible	Actions/moyens	Responsables/ Collaborateurs	Niveau d'implantation			Échéancier
							À mettre en place	À maintenir	À consolider	
62	Suivre les activités du Partenariat canadien contre le cancer et y participer lorsqu'approprié.	Participation de la DQC dans le respect des orientations sur les relations intergouvernementales.	Nombre d'activités auxquelles la DQC a participé.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
63	Suivre les activités de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer et y participer lorsqu'approprié.	Participation aux réunions du conseil d'administration de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer dans le respect des orientations sur les relations intergouvernementales.	Nombre d'activités auxquelles la DQC a participé.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				
64	Participer aux activités des organisations internationales en lien avec les objectifs de ce plan d'action.	Établissement de liens, par exemple avec l'Union for International Cancer Control.	Nombre d'activités auxquelles la DQC a établi des liens.	En attente de la DQC. Plan d'action 2015-2020.	En attente de la décision nationale (DQC).	DQC				

## LES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION

Le principal objectif par la mise en place de ce plan d'action régional est l'arrimage entre les services de prévention et les intervenants, et les partenaires qui gravitent autour des services de lutte contre le cancer et des personnes atteintes de cette maladie.

### ↪ UNE VISION HARMONISÉE ENTRE LA RÉGION ET LES ÉTABLISSMENTS

Cette vision passe la mise en place d'un plan d'action régional et des plans d'action locaux communs. Des discussions ouvertes et productives autour des enjeux du continuum en cancérologie permettront une collaboration régionale pour optimiser les actions de lutte contre le cancer

### ↪ LA MOBILISATION DES PARTENAIRES

La mise en place d'une structure de gouvernance en lutte contre le cancer repose sur la nécessité d'animer la structure de soins et de services déjà mise en place dans les établissements. Pour instaurer le changement et en mesurer les impacts, la mobilisation des équipes médicales et administratives est nécessaire à tous les paliers.

### ↪ UN FINANCEMENT ADÉQUAT ET À LA HAUTEUR DES ATTENTES DU PLAN D'ACTION NATIONAL

## BIBLIOGRAPHIE

- ↗ Entente de partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et les CSSS de la région de Lanaudière.
- ↗ Statistique Canada, division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, direction des statistiques sociodémographiques, mars 2014. (tiré du *Sylia* de septembre 2014).
- ↗ Service de surveillance, recherche et évaluation. Le portrait sociosanitaire de la population Lanaudoise, Document d'appui à l'audition de l'Agence devant la Commission parlementaire des affaires sociales, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, document de travail, 30 août 2010, 10 p.
- ↗ Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs du Québec. et Institut de la statistique du Québec, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012
- ↗ Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichiers des décès, <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia/Pages/Statistiques.aspx>
- ↗ Institut de la statistique du Québec, Portail de l'Infocentre 27 novembre 2012

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

Québec 

## **CENTRE RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE (CRC)**

« Un centre régional est un établissement désigné pour un mandat régional selon le PQLC. Il offre des services spécialisés à un réseau régional ou à plusieurs régions via un réseau interrégional de cancérologie pour lesquels son rôle a été clairement identifié. Il agit en partenariat avec un ou des centres intégrés de cancérologie, le cas échéant.

Les experts cliniques et de gestion de ces centres régionaux seront appelés à participer aux comités de concertation et de coordination de cancérologie de leur région ou d'ailleurs (comités interrégionaux). De plus, ces centres régionaux fourniront la plupart des intervenants régionaux dans les différentes disciplines pour animer des communautés de pratique avec le soutien de la ou des agence(s). »

Source : Direction québécoise de cancérologie. *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer – Plan directeur et Plan d'action 2012-2015 du programme de cancérologie du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2012, p. 33 et 34. Ce document peut être consulté : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>

## **CLINIQUE-RÉSEAU (CR)**

« Une clinique réseau (CR) est une clinique qui offre déjà des services à la population et qui accepte de jouer un rôle de coordination et de liaison avec ses partenaires locaux de première ligne, le CSSS et tout autre établissement sur le territoire. Pour effectuer ces fonctions, la CR doit établir des ententes formelles entre les partenaires. Le directeur régional de médecine générale responsable de l'organisation des services généraux ainsi que le directeur régional des affaires médicales et universitaires doivent s'assurer que ces ententes sont établies et maintenues.

La CR doit offrir une gamme complète de services médicaux de première ligne accessibles sur des plages horaires étendues et constituer un endroit qui favorise l'accès à un médecin de famille sur le territoire. »

Source : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Cadre de référence pour l'implantation de cliniques réseau dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, juin 2009, p. 5.

## **COMITÉ DE COORDINATION ET D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME LOCAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

« Il s'agit d'une structure de coordination au sein de l'établissement qui favorise l'implantation du programme de lutte contre le cancer dans toutes ses dimensions. Ce comité a comme principal mandat l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique lutte au cancer/soins palliatifs ou du programme local de lutte contre le cancer et comprend des membres représentatifs du continuum de la lutte contre le cancer. Il est présidé par le directeur responsable du programme et devrait inclure des intervenants et des gestionnaires responsables des volets préventifs, curatifs et des soins palliatifs ainsi que des partenaires du réseau local de services. »

Source : Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan Lutte au cancer : Équipes professionnelles – Suivi du processus de désignation

## COMITÉ DES THÉRAPIES DU CANCER (CTC)

« Le comité des thérapies du cancer (CTC) regroupe les spécialistes du cancer d'un établissement ou d'une région afin de permettre des discussions scientifiques sur les cas complexes et de proposer aux médecins traitants des orientations concernant la bonne pratique médicale et les meilleurs traitements, basés sur les données probantes ou la recherche.

Ce comité doit évaluer et stimuler l'évolution de la pratique médicale des équipes interdisciplinaires dans leur région et émettre toute recommandation pertinente à l'amélioration continue de cette pratique.

Le CTC suprarégional doit être constitué par siège tumoral.

À la demande des équipes locales ou régionales, ou selon les besoins, et en collaboration avec le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP), le CTC peut aussi procéder à des analyses rétrospectives et à des révisions de cas ainsi qu'évaluer le succès ou le taux de complications des gestes thérapeutiques posés par l'équipe d'oncologie, les intervenants ou l'un de leurs partenaires dans un même établissement.

Le CTC doit être vu comme un outil de gestion de la qualité grâce à l'échange d'information, à la formation et à la rétroaction. Il constitue un mécanisme d'audit externe comparable au comité de révision de l'acte médical d'un CMDP. »

Source : Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan Lutte au cancer : Équipes professionnelles – suivi du processus de désignation

## COMITÉ RÉGIONAL DE LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ET DU MAINTIEN DE LA QUALITÉ

Pour favoriser le maintien de la qualité du PARLC et permettre une circulation efficace de l'information, les membres du CRLCL recommandaient de mettre sur pied un comité régional dédié au maintien de la qualité, dont le mandat serait de :

- diffuser, revoir et élaborer au besoin des guides de pratique ou protocoles;
- offrir un programme de maintien de compétence;
- recommander les ajustements périodiques pour améliorer l'efficacité des mécanismes mis en place.

Ils recommandaient cependant que, compte tenu du nombre important de comités existants, ce mandat leur soit confié.

Source : MIRON, Sylvie. *Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans Lanaudière*, Lanaudière, Direction de l'organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2004, 17 p.

## DOSSIER ONCOLOGIQUE STANDARDISÉ

Le dossier oncologique standardisé doit permettre la transmission systématique des renseignements pertinents du patient aux individus concernés aux diverses étapes du traitement.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, p. 56.

## ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

L'équipe interdisciplinaire doit être composée minimalement des professionnels suivant : médecin, infirmière et intervenant psychosocial. L'équipe doit avoir accès à un pharmacien, à un ergothérapeute et à un physiothérapeute. Des bénévoles, accompagnateur de culte et des ressources communautaires peuvent se joindre à ces équipes.

Source : Informations en lien avec le gabarit 602 – bilan Lutte au cancer : Soins palliatifs à domicile

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER OU D'ONCOLOGIE

**L'équipe interdisciplinaire locale** d'oncologie assume le suivi et le soutien des personnes atteintes et applique les traitements, particulièrement ceux qui touchent la chimiothérapie, les soins de soutien et les soins de fin de vie. Localement, l'équipe est responsable de l'application du programme de lutte contre le cancer et sert de point de référence en matière d'oncologie.

**L'équipe interdisciplinaire régionale** est un point de référence pour les équipes locales quant à l'expertise. Elle a un pouvoir décisionnel en ce qui concerne le traitement, à moins qu'il soit nécessaire de recourir à des soins plus spécialisés. Les équipes interdisciplinaires régionales ont un rôle d'experts spécialisés en fonction d'un site tumoral ou encore d'une problématique tels le soutien ou les soins palliatifs. Les intervenants de l'équipe régionale ont comme fonction non seulement l'intervention directe auprès de la personne, mais également l'expertise-conseil auprès des intervenants de la région.

**L'équipe interdisciplinaire suprarégionale** est généralement utilisée comme consultante par des équipes régionales ou locales. Elle décide du traitement et l'applique dans les cas plus complexes nécessitant l'utilisation de protocoles expérimentaux, de pointe ou intensifs (dans le cas de la chimiothérapie, par exemple). Le personnel de ces équipes est spécialisé dans différents types de cancer (tête et cou) ou dans certaines sections de la population (pédiatrie).

L'équipe interdisciplinaire suprarégionale doit être composée d'intervenants dont l'expertise rare et souvent surspécialisée sera mise à profit de manière à :

- offrir des services de pointe, correspondant aux guides de pratique en vigueur;
- offrir une expertise aux intervenants des paliers régionaux et locaux;
- assurer la formation pratique des nouveaux intervenants dans leur champ de spécialité;
- collaborer aux protocoles de recherche.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, p. 51, 52 et 53.

Les membres du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC) du MSSS, qui publiaient en août 2005, un avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie affirmait qu'il était essentiel qu'au sein de chacune des équipes interdisciplinaires que des professionnels de toutes les disciplines soient présents et en nombre suffisant, afin de ne négliger aucun des volets des soins et services nécessaires aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches. Le nombre de membres au sein des différents comités devait varier en fonction du volume de clientèle et être établi selon des ratios standards qui devaient être définis. De plus, les membres de ce comité allaient plus loin en suggérant de former des équipes interdisciplinaires selon le site tumoral lorsque le volume de clientèle le permettait, et ce, afin qu'elles demeurent de taille restreinte et regroupent des professionnels aux prises avec des problématiques similaires.

Le tableau 54 présente la composition attendue des équipes interdisciplinaires en oncologie tant au niveau local, régional que suprarégional.

**Tableau 54**  
**Composition des équipes interdisciplinaires**

Au niveau local	Au niveau régional	Au niveau suprarégional
<b>Obligatoirement</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hémato-oncologue ou oncologue médical</li> <li>• pharmacien</li> <li>• infirmière dédiée en onco</li> <li>• infirmière pivot</li> <li>• chirurgien (1)</li> <li>• travailleur social ou psychologue</li> <li>• nutritionniste</li> <li>• médecin omnipraticien (ou interniste) impliqué dans le traitement du cancer</li> <li>• ergothérapeute (1) ou</li> <li>• physiothérapeute (1)</li> <li>• représentant de l'équipe de soins palliatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hémato-oncologue ou oncologue médical (2)</li> <li>• pharmacien (1)</li> <li>• infirmière spécialisée en onco</li> <li>• infirmière pivot</li> <li>• chirurgien (2)</li> <li>• travailleur social (1)</li> <li>• psychologue (1)</li> <li>• nutritionniste (1)</li> <li>• médecin</li> <li>• radio-oncologue</li> <li>• radiologiste</li> <li>• pathologiste</li> <li>• spécialiste en réadaptation (2)</li> <li>• représentant de l'équipe de soins palliatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hémato-oncologue ou oncologue médical (2)</li> <li>• pharmacien (1)</li> <li>• infirmière clinicienne</li> <li>• en onco et infirmière spécialisée en onco</li> <li>• infirmière pivot</li> <li>• chirurgien (2)</li> <li>• travailleur social (1)</li> <li>• psychologue (1)</li> <li>• nutritionniste (1)</li> <li>• médecin</li> <li>• radio-oncologue(2)</li> <li>• radiologiste</li> <li>• pathologiste</li> <li>• spécialiste en réadaptation (2)</li> <li>• représentant de l'équipe de soins palliatifs de fin de vie</li> </ul>
<b>Collaborateurs directs au besoin</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• accompagnateur de vie spirituelle</li> <li>• responsable des bénévoles</li> <li>• coordonnateur clinico-administratif</li> <li>• intervenant de CLSC (1)</li> <li>• représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)</li> <li>• représentant des patients (2)</li> <li>• dentiste</li> <li>• etc.</li> <li>• représentant d'un OSBL (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accompagnateur de vie spirituelle</li> <li>• archiviste (1)</li> <li>• responsable des bénévoles</li> <li>• coordonnateur clinico-administratif intervenant de CLSC</li> <li>• représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)</li> <li>• représentant des patients</li> <li>• dentistes</li> <li>• psychiatre</li> <li>• représentant d'un OSBL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accompagnateur de vie spirituelle</li> <li>• archiviste (1)</li> <li>• responsable des bénévoles</li> <li>• coordonnateur clinico-administratif</li> <li>• intervenant de CLSC</li> <li>• représentant des approches complémentaires (musicothérapie, art-thérapie, massothérapie)</li> <li>• représentant des patients</li> <li>• dentistes</li> <li>• psychiatre</li> <li>• représentant d'un OSBL</li> </ul>
<p>(1) Présence optionnelle aux réunions. (2) Présence non requise aux réunions.</p>	<p>(1) Ces professionnels ont une expertise en oncologie. (2) Selon le site tumoral.</p>	<p>(1) Ces professionnels ont une expertise en oncologie. (2) Selon le site tumoral.</p>

Source : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p.

## ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION

Le mandat de l'équipe régionale d'intervention auprès de la population consiste à :

- instaurer, coordonner et suivre les activités de promotion-prévention et de dépistage systématique selon le plan de lutte contre le cancer de la région;
- intégrer et maintenir des activités en rapport avec les préoccupations de la population au sein du réseau régional de lutte contre le cancer;
- diffuser l'information pertinente, tant dans la population que chez les intervenants;
- rendre disponible l'expertise pour des consultations en matière d'intervention auprès de la population;
- assurer la disponibilité de l'expertise en matière de surveillance et de suivi et la disponibilité de cette expertise pour les travaux de planification,
- implanter et suivre le plan régional de lutte contre le cancer.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 185 p.

## ÉQUIPE SPÉCIALISÉE EN SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

Disponibilité dans des délais maximums de 48 h d'une équipe spécialisée en soins palliatifs pédiatriques pour les intervenants du milieu, lorsque requis. Cette équipe peut être sur place ou en lien avec une équipe régionale ou suprarégionale (ententes, corridors de services établis).

Source : Informations en lien avec le gabarit 602 – bilan Lutte au cancer : Soins palliatifs à domicile

## L'INFIRMIÈRE DÉDIÉE EN SOINS PALLIATIFS

L'infirmière dédiée en soins palliatifs assume la responsabilité de la coordination des soins palliatifs en fonction des besoins d'un groupe de clients et de leur famille. Elle conçoit et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées et visant des problèmes de santé complexes ou comportant des dimensions biopsychosociales variées. Cette personne participe au développement ou adapte des outils d'évaluation de la qualité des soins, elle facilite le travail d'équipe en lien avec les milieux hospitaliers et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

## L'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE (IPO)

« L'infirmière pivot en oncologie possède l'expertise nécessaire pour agir d'une façon significative auprès d'une personne atteinte de cancer et de ses proches. Elle et une personne-ressource dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins et de services, incluant l'ensemble des traitements. Elle exerce un leadership clinique et possède les habiletés relationnelles requises pour travailler en équipe, assurant ainsi un partage d'expertise et une coordination des soins pour le mieux-être de la personne atteinte et de ses proches. Son cadre de référence et d'intervention lui permet d'utiliser les données scientifiques, les résultats de recherche et les avis d'experts afin d'exercer une pratique fondée sur des données probantes.

Pour le patient et sa famille, elle devient une personne clé qui assure, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, une continuité de soins personnalisés interservices et interétablissements. »

Source : DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER, Rôle de l'infirmière pivot en oncologie, Comité consultatif des infirmières en oncologie, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2008, p. 7. Ce document peut être consulté au : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/download.php?f=dc09f641d6c28a8b98d59439d1c3c475.](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=dc09f641d6c28a8b98d59439d1c3c475.)

## **L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS)**

« L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) dispense des soins infirmiers avancés et effectue des activités médicales autorisées par règlement du Collège des médecins afin de gérer, en collaboration avec le médecin, les problèmes de santé aigus et chroniques dans un domaine de spécialité spécifique.

Ainsi, elle consacre l'essentiel de sa pratique à des soins directs axés sur le traitement et le suivi des personnes présentant un problème de santé complexe, chronique ou encore des épisodes aigus dans un domaine de spécialité (néonatalogie, néphrologie, cardiologie) ou en soins de première ligne. L'IPS détient les compétences nécessaires pour évaluer l'état de santé du patient, prescrire et interpréter des examens diagnostiques, prescrire des traitements et des médicaments et appliquer des techniques invasives à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

L'IPS contribue au développement des compétences des infirmières à titre de personne-ressource ou de mentor auprès des collègues infirmières et à l'amélioration des soins infirmiers et participe à l'enseignement universitaire et à la supervision des stagiaires IPS.

L'IPS réalise ou collabore à la recherche en soins infirmiers et en clinique médicale. Elle met en œuvre des innovations cliniques issues de la recherche en vue d'améliorer les soins aux patients et à leurs proches. »

Source : <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee>

## **PLAN DE SERVICES**

« Lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période déterminée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celles d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Un établissement qui participe à la réalisation d'un plan de services individualisé élaboré pour un usager peut communiquer, à un autre établissement ou à un intervenant qui dispense à cet usager des services de santé ou des services sociaux prévus à ce plan, un renseignement contenu au dossier de cet usager et nécessaire à la prestation de ces services. »

Source : GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 69 pages.

## **PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE**

« Un établissement doit élaborer, pour les usagers, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement. »

Source : Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan Lutte au cancer : Équipes professionnelles – Suivi du processus de désignation (Réf. art 102 de la loi sur les services de santé et les services sociaux)

## **RECHERCHE CLINIQUE**

« Protocoles d'études faites auprès des patients afin de trouver des moyens d'améliorer la santé et les soins. Chaque recherche vise à répondre à des questions scientifiques et trouver les meilleurs moyens pour prévenir, diagnostiquer ou traiter le cancer. »

Source : GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 69 pages.

## RECHERCHE ÉVALUATIVE

« Consiste à déterminer la relation entre les résultats observés et les activités et les ressources déployées. Les buts de la recherche évaluative sont :

- de déterminer l'effet des programmes;
- d'établir la validité des normes qui servira à évaluation administrative;
- d'expliquer les conditions de réussite ou d'échec du programme. »

Source : GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 69 pages.

## RECHERCHE FONDAMENTALE

« Recherche théorique dont les applications ne sont pas immédiates. »

Source : GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 69 pages.

## RENCONTRES ADMINISTRATIVES

Les rencontres administratives, qui sont par exemple les réunions de service, portent sur les aspects opérationnels, les orientations et le fonctionnement du service, la transmission d'informations venant de la direction, ou encore sur les demandes des employés (ex. : difficultés avec les autres services, demandes de formation, explication de nouveaux règlements, liens avec les partenaires, situations problématiques récurrentes, etc.).

Sources : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p. et Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan lutte au cancer : Équipes professionnelles – Suivi du processus de désignation

## RENCONTRES CLINIQUES INTERDISCIPLINAIRES

L'objectif ultime des rencontres cliniques interdisciplinaires est le partage de l'expertise, relativement à des symptômes complexes, en vue de l'élaboration du plan interdisciplinaire de soins individualisés. Lors de ces rencontres, les patients présentant des symptômes complexes font l'objet d'une présentation. Des hypothèses sur les causes sont alors avancées et des solutions sont proposées. Des plans d'intervention interdisciplinaire sont élaborés.

Les rencontres cliniques qui peuvent être tenues dans divers milieux de soins (ex. : clinique d'oncologie, unité d'hospitalisation, clinique de radiologie) sont organisées en fonction du secteur d'activité.

Il arrive que suite à la présentation d'un cas, un, une consultation soit demandée à un membre de l'équipe, ou à un professionnel extérieur à l'équipe.

Sources : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p. et Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan Lutte au cancer : Équipes professionnelles – Suivi du processus de désignation

## **RENCONTRES DE SOUTIEN**

« Ce type de rencontre, consacré au soutien des intervenants, est axé sur le soutien professionnel (ex. : le codéveloppement). Ces rencontres constituent des lieux de parole et d'échange portant sur le vécu de chacun des soignants dans son travail auprès des personnes atteintes et des familles et sur ses relations avec les autres membres de l'équipe. De telles rencontres de soutien « libèrent » les réunions cliniques interdisciplinaires des contenus d'ordre plus émotif. Cela permet de rester centré sur la résolution des problèmes et l'élaboration des plans d'intervention adaptés. »

Sources : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p. et Informations en lien avec le gabarit 600 – bilan Lutte au cancer : Équipes professionnelles – Suivi du processus de désignation

## **RESPONSABLE CLINICO-ADMINISTRATIF**

Le responsable clinico-administratif veille à ce que les membres de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer reçoivent la formation, le soutien et la supervision dont ils ont besoin. Cette personne est également responsable médical d'organiser les rencontres d'équipes et de voir à leur animation.

Source : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p.

## **RESPONSABLE MÉDICAL**

Le responsable médical, un médecin, travaille de concert avec le responsable clinico-administratif, fait le lien auprès de ses pairs et s'assure de leur engagement et de leur collaboration au sein de l'équipe.

Source : COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 p.

# RÉFÉRENCES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans Lanaudière*, Lanaudière, Direction de l'organisation des services, 2004, 17 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action - Implantation du programme régional de lutte contre le cancer – Région Lanaudière*, Lanaudière, Direction de l'organisation des services, 2004, 91 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Cadre de référence pour l'implantation de cliniques réseau dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, juin 2009, 18 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Rapport d'étude – Cheminement clinique de l'utilisateur et de leurs proches en soins palliatifs de fin de vie*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, juin 2008, 61 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie 2007-2010*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2007, 66 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, décembre 2012, 46 pages.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation (site Web consulté en novembre 2012)

COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Proposition de l'ajout brut et de l'ajout net des médecins omnipraticiens en 2011 – Scénario retenu par le COGEMO*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2011.

COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie – Avis*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 77 pages.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie, Comité consultatif des infirmières en oncologie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2008, 15 pages. Ce document peut être au : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/index.php?documentation](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation)

DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer – Plan directeur et Plan d'action 2012-2015 du programme de cancérologie du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2012, 86 pages. Ce document peut être consulté au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>

DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer Bilan des réalisations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 29 pages. Ce document peut être consulté au : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/index.php?documentation](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation)

DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. *Rapport d'activités 2010-2011, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 43 pages.* Ce document peut être consulté au : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/index.php?documentation](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?documentation)

DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE. *Renforcer la lutte contre le cancer au Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 13 septembre 2011 p. 23 et 24* au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008  
[http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=50653&InstalD=29539&SDDS=3226](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=50653&InstalD=29539&SDDS=3226)

Fichier PUMF, cycles 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 et 5.1, janvier 2012. <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Bulletins/OSPV%20-%20Tabac%20mars%202012.pdf>

GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Matrice d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissement, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 69 pages.*

GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). *Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, juillet 2010, 36 pages.*

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. ([www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca))

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Portail de l'Infocentre

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012. (Tiré du SYLIA en juin 2012).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques de santé, mars 2012 (tiré du Sylia, juin 2012).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031, décembre 2009

LEMIRE, Louise, Chantal GOSSELIN (coll.) et Sarah MONETTE (coll.). *L'usage de la cigarette et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement en 2005. Un aperçu de la situation dans Lanaudière, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, mai 2009, 20 p.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Fichier des tumeurs, 2000 à 2008.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. Fichiers MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2010-2011, mise à jour avril 2012

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *PREM – Planification quinquennale, 2010-11-08.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Pour guider l'action Portrait de santé du Québec et de ses régions, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 156 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 185 pages.*

Ce document est disponible au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, Québec, gouvernement du Québec, 2007, 38 p. Ce document est disponible au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répartition annuelle des IPS de 2010 à 2017*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012 – Le Québec et ses régions*, Québec, OIIQ, 2012, 166 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) : [www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee](http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee)

SAVARD, Isabelle, et Jean RODRIGUE. *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec – Évolution des effectifs et des profils de pratique – édition 2007 – Le Québec dans son ensemble – données de 1996-1997 à 2006-2006*, Québec, Direction de la planification et de la régionalisation de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2007, p. 7.

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION. *Le portrait sociosanitaire de la population Lanaudoise*, Document d'appui à l'audition de l'Agence devant la Commission parlementaire des affaires sociales, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, document de travail, 30 août 2010, 10 p.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, mars 2012. (Tiré du SYLIA en juin 2012)

STATISTIQUE CANADA. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012

SYLIA. *Estimation de la population des RLS, Lanaudière et le Québec selon l'âge et le sexe, au 1er juillet des années 1996 à 2011 (découpage géographique au 1<sup>er</sup> juillet 2011)*  
Source : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.



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

Québec

