

Programme clinique en cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie-Montérégie



Réseau cancérologie
pulmonaire et œsophagienne
Estrie-Montérégie

Offre de service intégrée en cancérologie
pulmonaire et œsophagienne

Version janvier 2024

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

*Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre*

Québec 

RÉDACTION

Mme Mona Abaoui	Agente de planification, de programmation et de recherche CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mme Lizeth Bulla	Agente de planification, de programmation et de recherche CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mme Lyne Desforges	Agente de planification, de programmation et de recherche CISSS de la Montérégie-Centre
M. Xavier Giroux	Agent de planification, de programmation et de recherche CIUSSS de l'Estrie – CHUS
M. Michel Des Roches	Agent de planification, de programmation et de recherche Direction de santé publique de l'Estrie
M. Olivier Tessier	Agent de planification, de programmation et de recherche Direction de santé publique de l'Estrie
M. Jean-Paul Gagné	Agent de planification, de programmation et de recherche Direction de santé publique de la Montérégie

COLLABORATEURS

Pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dre Myriam Bouchard	Radio-oncologue et responsable médicale du réseau en cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie–Montérégie
Dre Nicole Bouchard	Pneumologue spécialisée en oncologie pulmonaire et collaboratrice experte pour l'algorithme d'investigation, de traitement et de suivi sur le cancer du poumon publié par l'INESSS
Dre Annie Ebacher	Radio-oncologue et cogestionnaire médicale, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mme Nathalie Fortin	Coordonnatrice – Réseau de la cancérologie
Mme Catherine Forget	Directrice-adjointe de la cancérologie
Manon Larivière	Directrice des services spécialisés, chirurgicaux et de la cancérologie
Dr Robert Pronovost	Ex-Chef intérimaire du Département de santé publique et médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique

Pour le CISSS de la Montérégie-Centre

Dre Catherine Prady MD, CSPQ	Oncologue médicale, co-gestionnaire médicale du CICM et du RCM, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke
Dre Nathalie Daaboul	Hémato-oncologue et responsable médicale du réseau en cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie–Montérégie et collaboratrice experte pour l'algorithme d'investigation, de traitement et de suivi sur le cancer du poumon publié par l'INESSS
Mme Élixa Gélinas-Phaneuf	Coordonnatrice des réseaux de cancérologie de la Montérégie
Julien Terrier	Directeur adjoint de la cancérologie et cogestionnaire clinico-administratif du CICM et du RCM
Nathalie Moreau	Directrice du programme de cancérologie de la Montérégie

TABLE DE MATIÈRES

RÉDACTION	1
Collaborateurs	2
REMERCIEMENTS	7
ABRÉVIATIONS	10
RÉSEAU DE LA CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE ESTRIE–MONTÉRÉGIE	11
Contexte organisationnel du Réseau Estrie–Montérégie	11
Fonctionnement en réseau	12
OBJECTIFS DU PROGRAMME CLINIQUE	14
Objectifs généraux.....	14
Objectifs spécifiques.....	14
STRUCTURE DU PROGRAMME CLINIQUE	15
Gouvernance et mandats	15
Comité d'arrimage	15
COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTERDISCIPLINAIRE EN RÉSEAU	17
Palier médical – Par organisation de notre réseau	19
Comité national de gouverne du réseau de cancérologie pulmonaire	19
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et CDTC	19
Comités de diagnostic et traitement des cancers (CDTC)	19
Comité de diagnostic et thérapies du cancer en amélioration des pratiques (CDTC-AP)	20
Instances de gestion stratégique et tactique par organisation de notre réseau et offre de service en cancérologie	20
Comité directeur en dépistage pulmonaire.....	20
Comité directeur interdirections dépistage et investigation contre le cancer du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	20
Comité directeur interdirections traitements contre le cancer et survivance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	20
Comité régional de coordination en cancérologie de la Montérégie (CRCCM)	21

Comité régional de gestion en oncologie de la Montérégie (CRGCM)	21
Le réseau de oncologie de la Montérégie (RCM)	21
Comité de coordination de la gestion par trajectoires de la Montérégie	21
Comité de coordination de soins palliatifs et fin de vie (Estrie et RCM distinct).....	22
Équipes de travail au sein de la trajectoire de oncologie- pulmonaire	22
Santé publique et dépistage, Estrie–Montérégie	22
Comité d’amélioration continue de la qualité en oncologie	22
LE PARTAGE ET LA DIFFUSION DE MEILLEURES PRATIQUES EN RÉSEAU.....	23
En regard du cancer pulmonaire	23
Journée scientifique en oncologie pulmonaire	23
Conférence post-congrès internationaux.....	23
Journée mondiale de lutte contre le cancer pulmonaire.....	23
Journée annuelle du RCM	23
Communautés de pratique	24
Formation continue	25
Espace collaboratif pour les professionnels de la santé et les usagers	25
Partage des outils cliniques	26
VERS UNE OFFRE DE SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE COMPLÉMENTAIRE	26
Promotion et prévention	26
LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS NOS DEUX RÉGIONS.....	30
Interventions individuelles	30
Interventions environnementales	30
Pratiques cliniques préventives	31
INTERVENTIONS TOUCHANT LES SAINES HABITUDES DE VIE	32
0-17 ans et leur famille	32
Adultes et communautés.....	33

INTERVENTIONS FAVORISANT DES COMMUNAUTÉS SAINES ET DURABLES.....	33
INTERVENTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL	34
PARTICIPATION AU PROJET DE DÉMONSTRATION EN DÉPISTAGE DU CANCER PULMONAIRE PAR TOMOGRAPHIE AXIALE À FAIBLE DOSE (TAFD)	34
INVESTIGATION.....	35
Investigation rapide en cancer pulmonaire : modèle GRI-P	35
Clinique d'oncopneumopathies interstitielles	36
TRAITEMENT.....	37
Séquençage moléculaire (génétique).....	37
Chirurgie thoracique.....	37
Chimiothérapie.....	38
Immunothérapie	39
Radiothérapie.....	39
Radiothérapie stéréotaxique pulmonaire	40
Radiothérapie et lésions cérébrales.....	41
Info-onco	42
Soins palliatifs et fin de vie	42
Recherche en cancérologie pulmonaire	43
Soutien clinique et méthodologique	44
Participation et recrutement au projet de recherche.....	44
Répertoires d'essais cliniques en cours.....	44
Recherche évaluative	44
Recherche technologique	45
Recherche fondamentale.....	45
RESSOURCES DU PROGRAMME	46
Ressources humaines	46
Équipe multidisciplinaire en oncologie pulmonaire	47

PARTENAIRES À NOS SOINS ET SERVICES ET RESSOURCES DANS LA COMMUNAUTÉ	52
RESSOURCES MATÉRIELLES ET TECHNOLOGIQUES (INVENTAIRE DES PLATEAUX)	52
Pour le CIUSSE de l'Estrie – CHUS.....	52
Pour le RCM de la Montérégie	53
Registre du cancer (RQC)	53
ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE	54
Indicateurs de qualité, perspective nationale	56
DÉFIS ET PERSPECTIVES	56
Volet chirurgie oncologique.....	56
Volet dépistage et investigation	56
Volet complémentarité du Réseau	56
Enjeux en lien avec clientèle	57
Enjeux de gestion	57
Enjeux liés à la qualité	57
Annexes.....	58
Annexe 1 : Représentation visuelle de nos territoires respectifs.....	58
Annexe 2 : Organigrammes des directions en cancérologie	63
Annexe 3 : Fréquence des CDTC	65
Annexe 4 : Programmation des dernières journées scientifiques	71
Annexe 5 : Plan de formation continue	73
Annexe 6 : Trajectoires pulmonaires.....	74
Annexe 7 : Données épidémiologiques	79
Annexe 8 : Modèle du MSSS pour l'investigation d'un nodule pulmonaire suspect.....	89
Annexe 9 : Principales molécules utilisées comme traitement du cancer pulmonaire	92
Annexe 10 : Offre de service en cancérologie œsophagienne de la Montérégie	93

REMERCIEMENTS

DE NOS DIRECTRICES ET COGESTIONNAIRES DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIES | RÉSEAU PULMONAIRE ESTRIE-MONTÉRÉGIE

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le Réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie-Montérégie est le fruit d'une étroite coopération entre de nombreux professionnels, médecins et gestionnaires de nos deux régions, et ce, depuis le printemps 2018. De premier abord, ce programme clinique vise à informer nos collaborateurs et à présenter notre offre de service spécialisé et intégré en tant que centre de référence provincial en cancérologie pulmonaire et œsophagienne. Au final, il constitue la somme de tous nos arrimages clinico-administratifs entre deux régions partenaires. Il représente le parfait exemple d'un réel travail en réseau et de l'union de nos forces et compétences respectives pour agir sur la santé.

Nous tenons à remercier l'ensemble des collaborateurs qui ont contribué de près ou de loin au développement de notre offre de service conjointe. Nous sommes convaincus que l'ensemble de ces travaux permettront de garantir le maintien des standards de qualité reconnus en matière de soins et de services parmi tous les acteurs qui contribuent au quotidien à la trajectoire de cancérologie pulmonaire et œsophagienne de nos organisations.

Nous sommes fiers d'unir d'une seule voix la volonté de parfaire constamment nos soins et services en cancérologie ce, au profit de la santé et du bien-être de notre population.



Mme Manon Larivière
Directrice



Dre Annie Ebacher
Cogestionnaire médicale

CISSS de la Montérégie-centre

Le Réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie-Montérégie a maintenu son déploiement malgré les défis des dernières années. Nous sommes particulièrement fières de cette collaboration fructueuse qui a permis des avancées significatives et nous sommes enchantées des résultats obtenus.

Par le fait même, nous souhaitons remercier tous nos collaborateurs qui, de près ou de loin, travaillent à dépasser les frontières organisationnelles en renforçant les liens interprofessionnels et intersectoriels ce qui a permis aux patients touchés par le cancer et leurs proches d'avoir accès à des soins et services de qualité sur nos deux territoires.



Mme Nathalie Moreau
Directrice



Dre Catherine Prady
Cogestionnaire médicale

DE NOS LEADERS MÉDICAUX EN CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE

Les équipes administratives et médicales de nos centres doivent être reconnues pour leurs efforts qui ont permis la mise sur pied de cette collaboration visant l'amélioration des soins portés à nos patients atteints de maladies pulmonaires et œsophagiennes.

Nous voyons avec beaucoup d'optimisme cette entente de coopération qui permettra aux deux régions de travailler ensemble en s'appuyant sur les forces et les connaissances de chacun. C'est une collaboration qui permettra d'offrir des soins de qualité spécialisés à proximité à la clientèle estrienne et montérégienne.

Merci aux collaborateurs!



Dre Nathalie Daaboul
CISSS Montérégie-Centre



Dre Myriam Bouchard
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ABRÉVIATIONS

CAT	Comité d'animation de la trajectoire
CC CDTC	Comité de coordination des comités de diagnostic et de thérapie du cancer
CDTC	Comité de diagnostic et traitement des cancers
CDTC AP	Comité de diagnostic et thérapies du cancer, amélioration des pratiques
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CICM	Centre intégré de cancérologie de la Montérégie
CIUSSSE	Centre intégré universitaire de santé et service sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CRCCM	Comité régional de coordination en cancérologie de la Montérégie
CRGCM	Comité régional de gestion en cancérologie de la Montérégie
CUSM	Réseau du Centre universitaire de santé McGill MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux
DQC PQC	Direction québécoise de cancérologie maintenant appelée Programme québécois de cancérologie
EBUS	Échographie endobronchique
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
RCM	Réseau de la cancérologie de la Montérégie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

RÉSEAU DE LA CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE ESTRIE-MONTÉRÉGIE

La lutte contre le cancer est considérée comme une priorité pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en raison de l'augmentation du taux de cancer au Québec. Le Plan directeur en oncologie au Québec propose le fonctionnement en réseau pour faire face à la complexité grandissante de la prise en charge du cancer. Le modèle suggéré regroupe les experts autour d'un siège tumoral afin d'animer un réseau hiérarchisé et intégré de services spécialisés visant le partage des connaissances et des meilleures pratiques entre les divers établissements de santé.

Parmi les principes directeurs du programme de cancérologie se retrouvent les préoccupations du MSSS d'assurer à la population atteinte de cancer et à leurs proches un accès rapide à des soins et à des services d'excellence en oncologie, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie. En accord avec ces principes, des gouvernes régionales clinico-administratives de cancérologie se sont implantées afin de mettre de l'avant l'opérationnalisation des objectifs stratégiques, pour assurer une cohérence et une vision clinique dans le respect des orientations ministérielles en vue d'une juste déclinaison de nos priorités organisationnelles en cancer envers la santé de notre population. L'entrée en vigueur de la Loi 10, modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, a aussi amené son lot de réorganisations locales et régionales, en plus de cette vision de cogestion clinico-administrative et de création de centre expert en oncologie hiérarchisé et intégré selon des sièges tumoraux.

Pour mener à bien sa vision, la direction générale de cancérologie (DGC) a entrepris, au préalable à la diffusion de son plan directeur de 2013, une vaste démarche visant à mettre en place un réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne afin d'en faire un projet de démonstration du modèle de réseau envisagé¹. Le résultat de cet exercice a conduit à la reconnaissance de quatre réseaux de cancérologie pulmonaire et œsophagienne à l'échelle du Québec, soit : le Réseau de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL) et de l'Est-du-Québec; le Réseau du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM); le Réseau du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ainsi que le réseau relié à l'Université de Sherbrooke liant la région de l'Estrie à la Montérégie et créant notre réseau. Ce fonctionnement en réseau amène des changements majeurs de culture pour les établissements et leurs équipes, qui sont habitués à fonctionner de façon indépendante et nécessitent qu'un travail de concertation et d'optimisation soit effectué entre les établissements et les réseaux locaux de services.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL DU RÉSEAU ESTRIE-MONTÉRÉGIE

La création du réseau Estrie-Montérégie nécessite de redéfinir les assises cliniques et administratives interorganisations et de revoir ses fondements et son modèle structurel. En ce qui concerne notre réseau Estrie-Montérégie de cancérologie pulmonaire et œsophagienne, cela signifie, plus spécifiquement, que nous passons de quatre différents programmes de cancérologie issus des anciens établissements estriens et montérégiens en un seul programme harmonisé. De plus, un degré de complexité s'ajoute pour notre réseau, car il s'avère différent des autres comparables du Québec puisqu'il doit se construire en entier. Nos pairs présentent une offre de service du réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne avec des corridors de service et des ententes de gestion déjà implantés interorganisations partenaires, donc nécessairement plus matures.

Le programme clinique harmonisé pour nos deux régions, en plus de dresser un portrait de notre population et de ses besoins, décrit notre offre de services en oncologie en tenant compte, bien sûr, que le nouvel établissement poursuit ses efforts de transformation du réseau et que beaucoup de travail reste à être réalisé. Les prochaines années serviront à parfaire notre nouvelle structure pour assurer une gouverne forte en oncologie et consolider notre fonctionnement en réseau.

¹ Devenue le Programme québécois de cancérologie en avril 2019.

Par la poursuite d'activités médico-clinico-administratives déjà initiées, nous aspirons à une meilleure intégration des soins et services où le concept d'amélioration continue de la qualité est le principal levier de changement et que la vision d'excellence, de pertinence et d'efficacité des soins, basés sur les données probantes, sont nos guides décisionnels en tous points, en plus de répondre aux besoins des personnes touchées par le cancer.

En cohérence avec les rôles des quatre réseaux de cancérologie pulmonaire et œsophagienne du Québec (formation, supervision, soutien et évaluation), des travaux antérieurs ont permis de définir les meilleures pratiques pour la clientèle aux différentes étapes de leur cheminement dans la trajectoire et d'autres devront se poursuivre afin d'améliorer les processus et les mécanismes de coordination, de concertation et de communication pour l'obtention d'un réseau plus efficace et l'administration de soins de qualité optimale.

Comme le réseau de cancérologie de l'Estrie-Montérégie ne doit plus être pensé en termes d'établissements ni de territoires, il est intéressant de saisir l'opportunité de cette transformation pour dépasser les frontières organisationnelles, pour renforcer les liens entre les équipes, les médecins, les professionnels, les patients et tous les autres collaborateurs actifs dans la trajectoire de la personne atteinte de cancer et ses proches. Chemin faisant, cette vision devrait aussi diriger les principes de complémentarité de nos quatre réseaux de cancérologie pulmonaire et œsophagienne du Québec afin de mieux s'approprier nos forces respectives et puiser nos pistes d'amélioration et de performance locale, en plus d'une complémentarité des créneaux cliniques de la trajectoire de soins de cancérologie.

Ce document est le fruit d'une collaboration étroite entre plusieurs gestionnaires, professionnels et médecins des deux régions. Il constitue un outil indispensable à la réalisation et à l'actualisation de la mission du réseau de cancérologie en Estrie-Montérégie. Un plan d'action visant la consolidation de ce réseau et l'amélioration des soins et services en cancérologie offerts au CIUSSS de l'Estrie - CHUS est élaboré et évolutif. Il reflète les enjeux locaux ainsi que les orientations ministérielles énoncées dans le plan d'action national et régional, et ce, en respect des capacités et opportunités des milieux.

Notre entente de collaboration avec le réseau Estrie-Montérégie entérinée vise une offre de service intégrée pour le cancer du poumon et de l'œsophage. Puisque des recommandations sont attendues de la part de l'INESSS en regard du cancer de l'œsophage, cette portion du programme clinique de notre réseau n'est pas actualisée à cette version du document. Un amendement du programme clinique sera produit au moment venu et à la suite des travaux que cela engendra. Vous trouverez à l'annexe 1 une représentation visuelle de nos deux territoires.

FONCTIONNEMENT EN RÉSEAU

Étant donné que le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer au Québec tant chez la femme que chez l'homme, le MSSS dans le but d'améliorer l'accessibilité et la qualité de l'ensemble de l'offre de soins et de services, a privilégié le développement d'une offre de soins et de services en réseau. De ce fait, le MSSS a désigné des centres de référence, affiliés et partenaires en cancérologie pulmonaire et œsophagienne.

Le **CIUSSS de l'Estrie - CHUS**, à son installation de l'Hôpital Fleurimont, a été désigné comme centre de référence pour le traitement du cancer du poumon, et ce, depuis 2008. Il dispose à cette fin d'une équipe surspécialisée désignée de niveau 3 pour le traitement du cancer du poumon et de la plèvre. Par cette désignation, il a pour mission d'offrir des soins généraux, spécialisés et surspécialisés à sa population. Il doit également être un milieu d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux et enfin, assurer le développement et déploiement de pratiques exemplaires de même que le transfert de connaissances par des activités de rayonnement multiples.

Le **CISSS de la Montérégie-Centre**, à son installation Hôpital Charles-Le Moyne, a été désigné par le MSSS en 2014 comme centre affilié pour le traitement du cancer du poumon. Il dispose à cette fin d'une équipe spécialisée pour le traitement du cancer du poumon et de la plèvre. La Montérégie-Centre coordonne le réseau de cancérologie pour les trois CISSS de cette région administrative. La Montérégie-Est et Montérégie-Ouest sont investigatrices de plusieurs activités de qualité qui ont fait leur renommée provinciale en termes de partages des compétences et des bonnes pratiques en complémentarité avec la première ligne, et ce, depuis de nombreuses années.

Depuis 2014 l'Hôpital Charles-Le Moyne n'a cessé de développer son expertise en chirurgie œsophagienne en augmentant son nombre de chirurgiens thoraciques spécialisés à trois. À ce titre, il répond aux critères de désignation pour les chirurgies de l'œsophage. Voir annexe 10 pour l'offre de service en cancérologie œsophagienne.

Le fonctionnement en réseau implique le développement d'un programme-clinique intégré pour le traitement du cancer du poumon comprenant une offre de service conjointe et complémentaire dans une optique de développement de corridors de service bidirectionnels et complémentaires selon les besoins transitoires connus des deux régions ou opportunités cliniques à évaluer et mettre en place. Cette nouvelle façon de fonctionner amène de nouveaux défis, en plus de la distance pour les usagers, malgré nos territoires clientèle limitrophes:

- Définir une trajectoire clinique harmonisée pour notre réseau qui sera un modèle basé sur les données probantes pour nos enlignements thérapeutiques auprès de la clientèle. Cette trajectoire doit être révisée au fil des avancements reconnus par la littérature et de la recherche et diffusée auprès des parties médicales multidisciplinaires impliquées;
- Dédier les ressources nécessaires au bon fonctionnement en réseau;
- Mettre en place des occasions de discussion telles que des Comités de diagnostic et traitement du cancer (CDTC) commun ou des CDTC Amélioration des pratiques (AP) pour les cas liés aux cancers pulmonaires afin de faciliter le partage d'expertise et discuter conjointement des meilleures options thérapeutiques;
- Mettre en place des communautés de pratique en cancérologie communes afin de faciliter la collaboration et l'enrichissement des corpus de connaissances partagés;
- Développer conjointement des indicateurs de qualité et un tableau de bord qui permettront de surveiller l'efficacité et l'efficience du programme clinique interrégional;
- Exercer une influence auprès des maisons d'enseignement en lien avec les programmes d'enseignement, définir conjointement un programme de formation continue et exercer une influence auprès des chercheurs ou des centres de recherche pour les projets liés au cancer du poumon;
- Favoriser le partage des algorithmes de référence et la prise en charge de la clientèle afin d'harmoniser les pratiques en première ligne, leur pertinence et offrir un service optimal à nos usagers de nos deux régions.

Ce document se veut évolutif et sera mis à jour selon l'évolution des services, des approches, des corridors de services, etc. Nous poursuivons collectivement l'objectif d'améliorer les pratiques et la qualité des soins et services en cancérologie en réseau en unifiant nos forces pour un travail complémentaire et harmonisé.

OBJECTIFS DU PROGRAMME CLINIQUE

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Atteindre des hauts standards de qualité afin d'assurer la satisfaction de la clientèle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et du CISSS de la Montérégie-Centre avec une offre de soins et services intégrée de la trajectoire de cancer pulmonaire:
 - Travailler en réseau afin d'améliorer les compétences et l'expertise des équipes interdisciplinaires ;
 - Améliorer les pratiques professionnelles en développant des soins et services de qualités axés sur la pertinence ;
 - Améliorer l'efficacité globale de la prise en charge, adaptée aux besoins des usagers.
- Assurer à la population l'accessibilité et la continuité des soins et services tout au long de la trajectoire du poumon, et ce, en respect des normes cliniques en vigueur.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Assurer une collaboration interétablissements d'un point de vue clinique et administratif;
- Favoriser le développement des compétences :
 - Favoriser le partage d'outils cliniques afin d'harmoniser les pratiques en place ou à développer;
 - Mettre en place des communautés de pratiques communes afin d'assurer un partage d'expertise en cancer pulmonaire aux intervenants de première ligne et de soins aigus;
 - Publiciser notre offre de soutien et coaching clinique aux intervenants de première ligne pour favoriser leur mise à niveau entourant les diverses modalités et innovations thérapeutiques en oncologie pulmonaire et œsophagienne.
- Arrimer nos travaux et collaborations régionales des directions de santé publique en termes de prévention et dépistage du cancer pulmonaire;
- Favoriser le développement, la collaboration et l'intégration de la recherche en favorisant la participation des usagers à des protocoles de recherche entre installations;
- Permettre l'accès à toutes les chirurgies pulmonaires au sein de nos établissements incluant le traitement multimodal pour le mésothéliome, et ce, dans le respect des cibles et délais ministériels;
- Diffuser, développer et pérenniser nos innovations cliniques parmi l'étendue de notre territoire réseau et auprès de nos pairs en province;
- Maintenir l'approche *pour et avec l'utilisateur* dans la trajectoire de soins et de services;
- Développer une approche précoce pour les soins palliatifs et de fin de vie en incluant le soutien aux proches aidants;
- Maintenir une approche *LEAN* pour l'amélioration continue conjointement au système de suivi de la qualité de soins et de la performance de l'entente.

STRUCTURE DU PROGRAMME CLINIQUE

GOUVERNANCE ET MANDATS

L'année 2018-2019 représente l'actualisation des liens entre nos deux établissements suite à la signature de l'entente de collaboration pour une offre de service intégrée en oncologie pulmonaire et œsophagienne en mai 2018.

Ainsi, les différents paliers de la gouvernance se sont mis en place successivement, et ce, malgré de nombreux changements organisationnels à nos structures administratives respectives en oncologie. Pour le développement de l'entente, les comités clinico-administratifs suivants ont été créés en plus d'échanges conjoints statutaires convenus entre membres exécutifs de l'entente :

❖ Niveau stratégique

- Comité de supervision de l'entente;
- Participation/ représentation de notre réseau au Comité national de cancérologie pulmonaire du Québec.

❖ Niveau tactique

- Comité d'actualisation conjoint;
- Comité d'arrimage.

❖ Niveau local opérationnel

- Rencontre administrative en cancer pulmonaire par région.

Le mandat du comité de supervision de l'entente consiste à assurer le respect des engagements, des responsabilités et des obligations de l'entente pour une offre intégrée en oncologie pulmonaire et œsophagienne Estrie–Montérégie. Une vigie particulière est portée quant aux cibles ministérielles d'accès aux traitements oncologiques, aux délais d'attente à la chirurgie du cancer du poumon interinstallations ainsi que les volumes minimaux de chirurgie requis par année pour maintenir nos statuts. Ce comité s'assure que les principes de qualité et de la performance clinique sont au rendez-vous et de la satisfaction des deux organisations à ce partenariat. En ouverture aux besoins et opportunités des milieux, à travers l'évaluation et le développement du programme intégré, ce comité assure la bonne gestion des différents liens interétablissements, son fonctionnement et la mise en place des ajustements et des amendements nécessaires.

Pour sa part, le comité d'actualisation conjoint doit assurer la mise en œuvre du programme intégré de cancérologie pulmonaire et œsophagienne, notamment par le soutien à l'instauration des trajectoires de soins et de l'organisation des services selon les meilleures pratiques cliniques. Il doit réviser et maintenir à jour les algorithmes cliniques selon les meilleurs standards, soutenir l'harmonisation des décisions et des pratiques cliniques interrégionales et s'assurer du respect d'un travail interdisciplinaire et le développement des compétences du réseau en ce qui concerne les cancers pulmonaires. Ce comité clinico-administratif tactique se veut pluridisciplinaire afin d'assurer sa performance et l'efficacité globale de représentation des spécialités entourant la cancérologie pulmonaire et œsophagienne. Enfin, il doit faire le suivi des résultats du programme intégré auprès du comité de supervision de l'entente.

COMITÉ D'ARRIMAGE

Ce comité local est responsable d'assurer le bon fonctionnement et l'arrimage des services offerts aux usagers dans le cadre de notre entente réseau et de faciliter la mise en place de la trajectoire ou de l'offre de service visée.

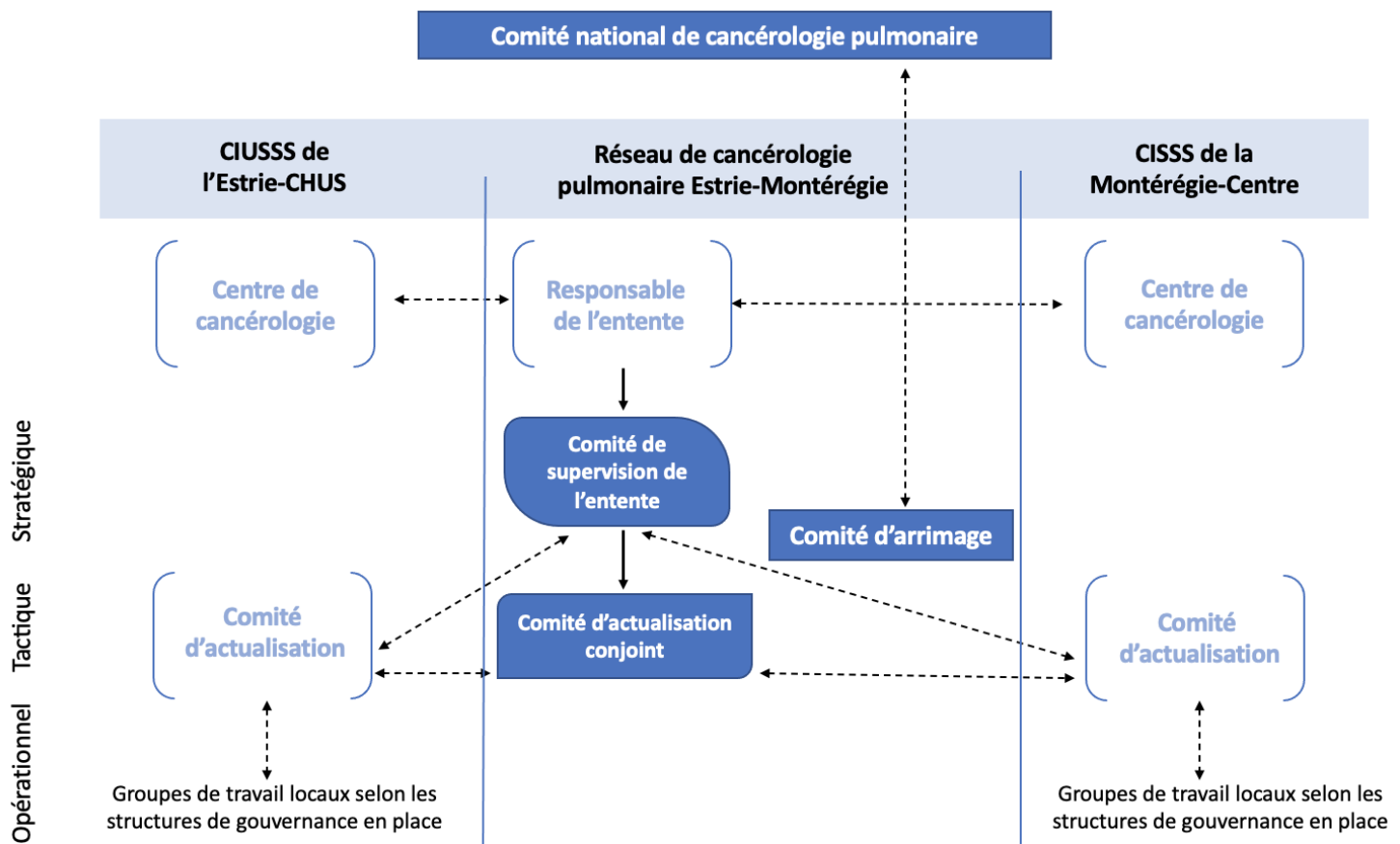
Pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le CISSS de la Montérégie-Centre :

- Coordonnateur des réseaux (préside);
- Leader médical

Ce comité a également le mandat de préparer une juste représentation des enjeux locaux vécus par les deux régions précédant le Comité national de gouverne en cancérologie pulmonaire où siège un tandem de cogestion représentatif de nos deux régions en alternance tous les deux ans. Le comité d'arrimage a aussi pour obligation de remonter ses enjeux, assurer les suivis et préparer les redditions de comptes attendues vers le comité de supervision de l'entente et le MSSS.

La figure suivante présente la structure de gouvernance mise en place pour le réseau de cancérologie Estrie-Montérégie. En complément à cette figure, vous trouverez à l'annexe 2 les organigrammes respectifs des directions de cancérologie de l'Estrie et de la Montérégie.

Modèle de gouvernance du réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie-Montérégie



COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTERDISCIPLINAIRE EN RÉSEAU

La collaboration interprofessionnelle se définit comme : « un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux ». ²

Quant à la pratique collaborative, elle renforce ce partenariat et constitue un « processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus ». ^{2.1}

Lorsque le patient présente des problèmes de santé complexes, cela exige une approche interdisciplinaire dans la prestation des soins et services. La pratique collaborative associée représente une bonne pratique clinique à adopter, notamment pour les personnes atteintes de cancer du poumon ou de l'œsophage qui nécessitent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels. La collaboration interprofessionnelle et la prise en charge partagée favorisent la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès, la coordination et la continuité des soins pour le patient. De plus, dans le modèle de fonctionnement interdisciplinaire, nous nous attendons à ce que chaque professionnel puisse devenir, selon son domaine d'expertise spécifique, un consultant pour ses collègues.

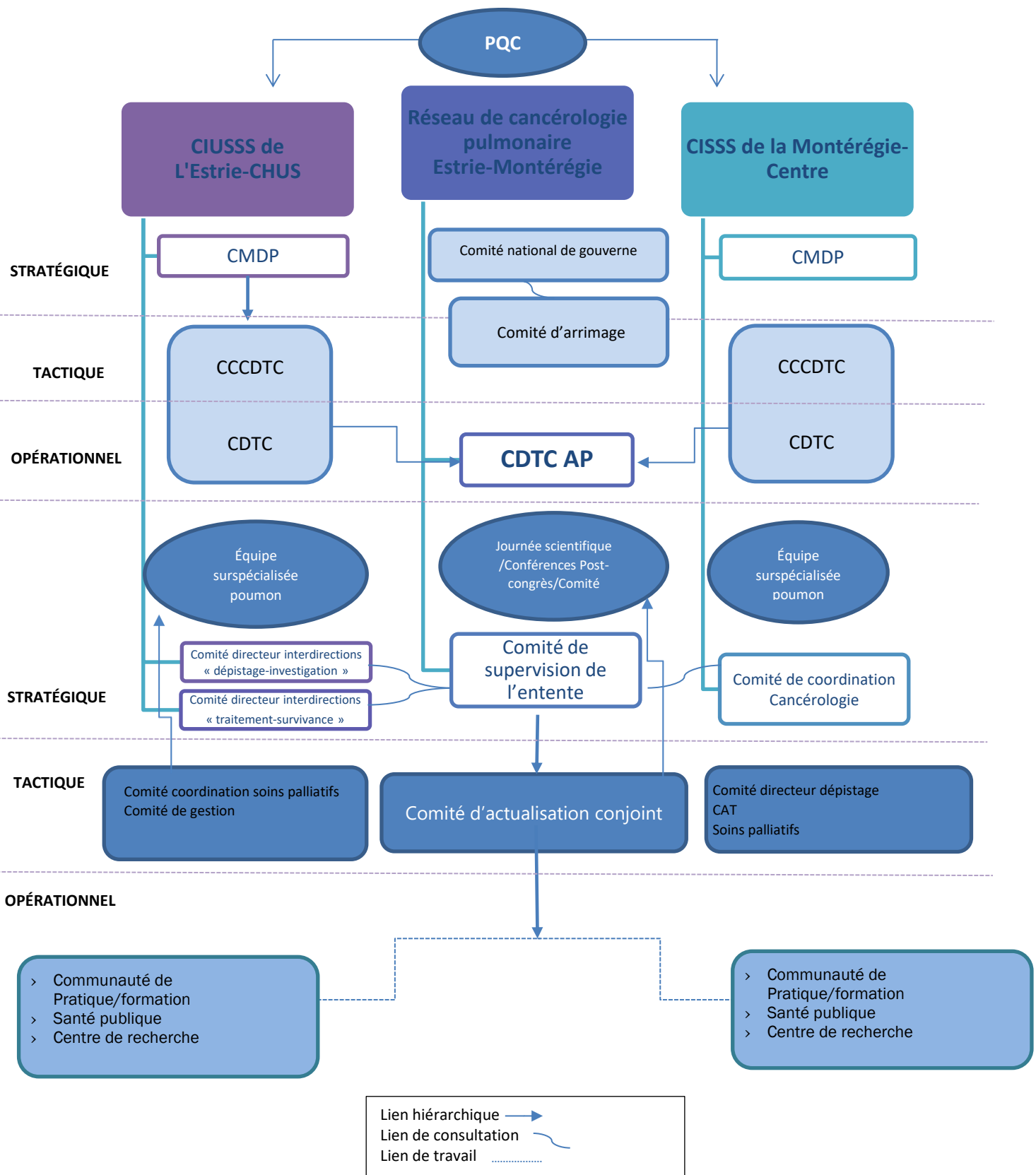
Dans le cadre de l'entente Estrie–Montérégie pour la cancérologie pulmonaire et œsophagienne, nous avons voulu mettre en place des activités pour renforcer les liens en réseau, pour partager l'information et les connaissances afin de bonifier les services à la population. Nous avons instauré des CDTC conjoints en amélioration des pratiques spécifiques au cancer du poumon afin de partager l'expertise et la collaboration entre nos deux régions en nous appuyant sur les données probantes de la littérature. D'ici peu, des communautés de pratique seront instaurées afin de partager des préoccupations communes par profession ou selon des thématiques précises et pour développer de nouveaux savoirs en groupe. Le développement des compétences de nos ressources n'a plus de frontières et le réflexe de partage entre régions est déjà implanté.

La figure suivante présente en détail les différents comités et les arrimages qui ont été mis en place afin de maximiser la collaboration au sein du réseau Estrie–Montérégie.

² Source et définition retenue du consortium pancanadien en matière d'interprofessionnalisme en santé (CPIS) :CPIS 2010

^{2.1} Source L Pratique collaborative, Engagement et leadership, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Août 2012

Groupes et comités du réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie–Montérégie



Comité national de gouverne du réseau de cancérologie pulmonaire

Par une représentation clinico-administrative des quatre réseaux et d'acteurs clés du MSSS, ce comité favorise la concertation et l'harmonisation des pratiques entre les réseaux pulmonaires reconnus du Québec. Il a comme mandat d'actualiser la consolidation du réseau hiérarchisé et intégré de cancérologie pulmonaire et œsophagienne au Québec selon le modèle de la DGC dans une vision d'excellence clinique. Des sous-comités d'experts se mettent en branle avec des directeurs et professionnels du MSSS pour traiter de thématique précise reliée à la trajectoire en cancer pulmonaire et l'évaluation de la qualité.

Les membres partagent leurs enjeux et préoccupations, leurs innovations, leurs avancements de projets cliniques ou de recherche exportables entre pairs. Ce comité donne le ton à l'excellence, au leadership clinique de nos pratiques en réseau. Il propose et met de l'avant des indicateurs de qualités communs et pertinents à développer parmi les réseaux pulmonaires et enfin, il agit comme le liant entre le vécu et les capacités des organisations et ce modèle de grand leader provincial par siège tumoral.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et CDTC

En 2015, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a émis des recommandations menant à la mise en place obligatoire des CDTC parmi les organisations du réseau de cancérologie. L'objectif était d'encadrer les établissements du RSSS dans l'évolution et la mise en place de leurs CDTC. Il revient toutefois au CMDP de chaque établissement d'appliquer les directives émises par le CMQ dans son guide d'exercice publié en 2017.

Comités de diagnostic et traitement des cancers (CDTC)

Les comités de diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) ont pour objectif de favoriser les discussions multidisciplinaires cliniques entre les équipes traitantes de chacun des centres ou installations. L'objectif de ces comités est d'entériner en groupe un plan de traitement personnalisé à l'état de santé d'un usager avec un tableau clinique complexe. Les participants échangent sur leurs perspectives et recommandations envers les meilleurs traitements à offrir, en se basant sur les données probantes, de la gestion de risque, des bienfaits pour ces derniers et les possibilités de participer à un essai clinique.

Les CDTC témoignent d'un positionnement à la mission universitaire d'enseignement et de recherche, ainsi que du souci constant d'offrir des soins et services d'excellence à la clientèle. Ils permettent de créer une réelle synergie médicale et un travail en réseau pour assurer la qualité des soins et une pratique interdisciplinaire concertée, de promouvoir le partage d'expertise et de viser à réduire les délais de prise en charge thérapeutique.

Pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la fréquence des CDTC pulmonaire est détaillée à l'annexe 3. Certaines réunions sont planifiées en réseau avec nos référents au sein de l'établissement, du RUIS ou avec d'autres établissements partenaires. Les CDTC spécifiques au cancer du poumon ont lieu sur une base hebdomadaire.

Pour le CISSS de la Montérégie, le CDTC du poumon est réalisé toutes les 2 semaines. En annexe 3, vous trouverez tous les CDTC disponibles par pathologie également pour cette organisation.

Comité de diagnostic et thérapies du cancer en amélioration des pratiques (CDTC-AP)

En mars 2019, un comité conjoint de diagnostic et thérapies du cancer – amélioration des pratiques a été mis sur pied pour notre réseau Estrie–Montérégie afin de partager sur les pratiques reliées à certains cas d'évolution complexes. Cette proposition de revue clinique visait un double objectif, soit celui de renforcer les liens médicaux et professionnels des acteurs en cancer pulmonaire et aussi, permettre une mise à jour académique appuyée par les données probantes. Ainsi, un cycle récurrent de 2 à 4 rencontres annuelles, en visioconférence, a été implanté au cours de l'année 2019-2020 et le tout organisé en alternance entre les deux établissements. Cette activité vise tous les types d'emploi professionnel et de médecine qui œuvre en oncologie pulmonaire en guide d'amélioration continue. Elle est un gage de succès et pérennité pour le futur dans le développement de nos compétences conjointes.

INSTANCES DE GESTION STRATÉGIQUE ET TACTIQUE PAR ORGANISATION DE NOTRE RÉSEAU ET OFFRE DE SERVICE EN CANCÉROLOGIE

Comité directeur en dépistage pulmonaire

En 2018, le Programme québécois de cancérologie (PQC) donnait ses directives en lien avec la gouverne des activités en dépistage du cancer parmi les CISSS et CIUSSS et celles-ci clarifiaient l'inclusion de ces activités populationnelles au sein de la trajectoire de la cancérologie. En ce qui concerne le cancer pulmonaire, un projet de démonstration de dépistage pulmonaire a vu le jour en 2021 au Québec. En tant que leaders provinciaux, nos deux organisations ont participé à ce projet instauré dans sept établissements visés pour desservir le Québec. Un tel projet a requis de mettre en place des gouvernes locales et en réseau afin d'assurer une cohérence et une synergie des efforts organisationnels. Ainsi, un comité directeur en dépistage pulmonaire Estrie–Montérégie a vu le jour afin d'impliquer tous les acteurs concernés alliant la santé publique pour la prévention et cessation tabagique et les responsables de nos services d'imagerie au cœur du projet de démonstration et les responsables médicaux en cancérologie et pneumologie de nos régions. Ce comité a assuré principalement l'implantation du projet de démonstration de même que les suivis des activités en dépistage pulmonaire pour la durée du projet.

Comité directeur interdirections dépistage et investigation contre le cancer du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sur ce comité tactique siège des membres de directions complémentaires à la réalisation du plan d'action commun en cancérologie pour notre organisation. Ce comité se concerta, coordonne les travaux en matière de dépistage/investigation. Le comité agit en soutenant la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan d'action local, et ce, en respectant le plan directeur de la DGC. Il assure une concertation des activités réalisées par chacune des directions concernées au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et ce, à tous les niveaux : opérationnel, tactique, stratégique. Enfin, le comité mesure et assure le suivi des indicateurs de performance de la trajectoire.

Comité directeur interdirections traitements contre le cancer et survivance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sur ce comité tactique siège des membres de directions complémentaires à la réalisation du plan d'action commun en cancérologie pour notre organisation. Ce comité se concerta, coordonne les travaux en matière de traitement/survivance. Le comité agit en soutenant la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan d'action local, et ce, en respectant le plan directeur de la DGC. Il assure une concertation des activités réalisées par chacune des directions concernées au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et ce, à tous les niveaux : opérationnel, tactique, stratégique. Enfin, le comité mesure et assure le suivi des indicateurs de performance de la trajectoire.

Comité régional de coordination en oncologie de la Montérégie (CRCCM)

Dans une optique de gestion collaborative des soins et services en oncologie et dans le respect des réalités propres à chacun des trois CISSS, le Comité régional de coordination en oncologie de la Montérégie (CRCCM) a été mis en place afin de soutenir la collaboration régionale et la coordination inter-CISSS au niveau stratégique. Ce comité est sous la responsabilité du PDG du CISSSMC.

Ce comité permet d'assurer le respect des orientations ministérielles et la coordination régionale, la fluidité et la continuité des soins et services entre les trois CISSS de la Montérégie et les centres universitaires. Les membres du CRCCM étant également les responsables des comités locaux de coordination et des comités locaux de gestion de chacun des trois CISSS, les communications sont ainsi optimisées et la transmission d'informations, d'orientations et des décisions prises au niveau régional est assurée.

Comité régional de gestion en oncologie de la Montérégie (CRGCM)

Afin de soutenir la gestion intégrée de l'ensemble des activités de oncologie en Montérégie au niveau opérationnel, le Comité régional de gestion en oncologie de la Montérégie (CRGCM) a été mis sur pied. Ce comité restreint est composé des tandems de cogestion médicale et clinico-administrative de chacun des trois CISSS ainsi que du médecin responsable du programme de dépistage du cancer du sein du CISSSMC. Dans son format élargi, aux membres du comité restreint, s'ajoutent les chefs clinico-administratifs de chacun des trois CISSS et les responsables des communautés de pratique. Les travaux du comité régional de gestion visent la gestion intégrée de l'ensemble des activités en oncologie en Montérégie, et découleront des orientations du CRCCM, de qui relève le CRGCM.

Le CRCCM assure le suivi et l'évaluation des activités à vocation régionale et des corridors de services. Pour le suivi des diverses activités, le CRCCM travaille en collaboration avec le CRGCM avec les responsables des différents soins et services et s'assure de canaux de communication efficaces entre les directions concernées.

Le réseau de oncologie de la Montérégie (RCM)

Le RCM soutient les professionnels et les équipes du réseau afin d'assurer une approche intégrée et une concertation clinique dans les programmes de lutte contre le cancer des établissements et avec les partenaires du réseau.

Tout professionnel ou gestionnaire impliqué en oncologie fait partie du RCM et accède ainsi à du soutien, de la formation et de l'information ciblée, dans une optique de développement professionnel et de concertation clinique et administrative. Le RCM agit donc comme une structure multi et interdisciplinaire qui soutient l'organisation régionale et l'excellence des soins et services en Montérégie.

La gestion des activités du RCM est assurée par le CISSS de la Montérégie-Centre, à travers le Centre intégré de oncologie de la Montérégie CICM, qui a nommé deux cogestionnaires régionaux; un au niveau médical et un au niveau clinico-administratif.

Comité de coordination de la gestion par trajectoires de la Montérégie

Le Comité de coordination de la gestion par trajectoires a pour mandat de faire l'animation des trajectoires de soins et services, de rallier les acteurs clés des différentes étapes de la trajectoire afin d'en dégager une vision commune, de favoriser l'innovation, de faire des apprentissages collectifs et de s'adapter aux besoins des usagers. La composition du CAT et l'approche préconisée font tomber les barrières et les silos. La structure mise en place permet de trouver des solutions et des actions collectives concertées pour des problématiques vécues par les usagers.

L'inclusion d'acteurs clés issus de la communauté, les usagers et les partenaires concernés par la trajectoire permet d'adapter les soins et services au contexte des réseaux locaux de services, d'avoir une perspective étendue des enjeux et d'avoir accès à des solutions réalistes et négociées. Grâce à ce comité, l'animation, par la coopération entre les directions cliniques et les directions de soutien, permet de cibler les enjeux, de prioriser les secteurs à améliorer, d'avoir plusieurs expertises réunies et d'agir sur les « causes racines ».

Comité de coordination de soins palliatifs et fin de vie (Estrie et RCM distinct)

Les soins palliatifs et de fin de vie sont une priorité ministérielle pour laquelle un plan d'action global des responsabilités ministérielles ou locales a été établi sur un plan quadriennal 2020-2024. Ce comité est responsable de l'accessibilité aux soins palliatifs, et ce, pour toutes pathologies oncologiques ou non, et le rehaussement des compétences du personnel offrant des soins et des services à la clientèle en soins palliatifs et en fin de vie. Il détermine, évalue et recommande l'adoption d'orientations ou de stratégies concernant l'organisation des soins palliatifs et de fin de vie incluse dans les trajectoires de soins, et ce, dans une perspective d'harmonisation de la philosophie, de l'approche et des pratiques de soins. Dans le même ordre d'idées, ce comité permet également de partager les initiatives en provenance du terrain et de favoriser la présence et la complémentarité de l'offre de services de nos partenaires communautaires afin de mieux travailler en réseau pour les patients et leurs proches aidants. Les directions de cancérologie se font un devoir de participer à ce comité traitant des soins palliatifs et de partager la réalité de nos usagers et proches aidants.

ÉQUIPES DE TRAVAIL AU SEIN DE LA TRAJECTOIRE DE CANCÉROLOGIE- PULMONAIRE

Santé publique et dépistage, Estrie–Montérégie

Par la création de ce programme clinique, nos acteurs clés en santé publique ont eu l'occasion d'échanger sur la surveillance populationnelle, les projets en cours ou à développer entre régions entourant la cessation tabagique ou encore, les projets et publications entourant un futur programme de dépistage en province pour le cancer du poumon. Les stratégies d'arrêt du tabagisme et l'intérêt de participer à des projets pilotes locaux de même que de demeurer en vigie sur la nouvelle tendance au vapotage chez la population et particulièrement les adolescents et jeunes adultes sont aussi au cœur des préoccupations de ce comité de travail. Dans une autre perspective de collaboration interdirections régionales, la santé publique s'associe aux directions adjointes de cancérologie par le biais de groupes de travail notamment dans une optique de plan de communication et de sensibilisation populationnelle face aux facteurs prédisposant au cancer, aux rétroactions de qualité des programmes de dépistages en place parmi les régions ou encore, tous enjeux opérationnels soulevés.

Comité d'amélioration continue de la qualité en cancérologie

Le comité d'amélioration continue de la qualité veille aux respects des normes et des pratiques organisationnelles requises en vertu d'Agrément Canada dans le domaine du traitement contre le cancer et des soins palliatifs et de fin de vie. Il assure une mobilisation des gestionnaires et des équipes cliniques de face à l'amélioration constante des pratiques cliniques organisationnelles et spécifiques au cancer. Les équipes surspécialisées ayant obtenu des désignations ministérielles dans la première décennie des années 2000 sont tenues de répondre à des critères de maintien de la qualité et de développement continu de leur réseau. Parmi ces obligations qualité, les équipes surspécialisées doivent avoir le souci de l'expérience patient parmi la trajectoire spécialisée rencontrée, le fonctionnement interdisciplinaire des équipes, maintenir des activités de recherches diversifiées autant clinique, fondamentale, technologique ou évaluative et enfin, offrir des activités académiques aux référents en plus de miser sur un niveau de perfectionnement continu en vue de maintenir un statut d'excellence des pratiques. Ce fonctionnement spécifique est la base du fondement des comités d'arrimage et d'actualisation en cancer du poumon rejoignant tous les acteurs multidisciplinaires autour de cette clientèle afin de partager sur les résultats, innovations, rétroaction qualité ou enjeux de la trajectoire.

LE PARTAGE ET LA DIFFUSION DE MEILLEURES PRATIQUES EN RÉSEAU

EN REGARD DU CANCER PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIEN

Journée scientifique en cancérologie pulmonaire

En 2019 s'est tenue la première édition de la journée scientifique en cancérologie pulmonaire du Réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie–Montérégie. Cette activité de formation a été un réel succès tant par le taux de participation que par la qualité et la diversité des présentations. Un cycle récurrent de partage collaboratif des meilleures pratiques en cancérologie pulmonaire et œsophagienne se veut répétitif tous les deux ans. Dû à la COVID, la prochaine édition a été reportée au printemps 2023. Le public cible d'un tel événement se veut non uniquement pour les acteurs spécialisés du réseau, mais bel et bien une plateforme informative spécialisée pour nos référents et intervenants de première ligne.

Pour la dernière édition de la journée scientifique, la Montérégie a été hôte en avril 2023 d'un symposium sur l'oncogériatrie, une tendance clinique importante à la qualité et la personnalisation de nos soins chez les usagers âgés. La programmation de ce symposium est présentée en annexe 4.

Conférence post-congrès internationaux

Toutes les années, les professionnels et médecins en oncologie pulmonaires sont amenés à participer à différents congrès d'envergure internationale. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment le World Conference on Lung Cancer (WCLC), l'European Society for Medical Oncology (ESMO) et l'American Society for Radiation Oncology (ASTRO). Afin de favoriser le partage des innovations présentées lors de ces congrès, le réseau Estrie-Montérégie a mis en place une soirée annuelle de conférence ou des présentateurs de l'Estrie et de la Montérégie viennent partager à leurs collègues les notions apprises lors de ces événements. Les faits saillants présentés dans un mode de souper-conférence regroupant les médecins spécialistes, infirmier(ère)s-pivots en oncologie (IPO) et gestionnaires n'ayant pu participer parmi nos régions. Ultimement, un tel partage pourrait être davantage exporté interrégion de cancérologie au Québec.

Journée mondiale de lutte contre le cancer pulmonaire

Depuis 2019, notre réseau se fait un devoir de participer à la Journée mondiale contre le cancer du poumon organisé pour les patients et leurs proches aidant par l'APQ. De nombreux médecins du réseau Estrie–Montérégie ont participé tour à tour à ces événements annuels d'informations et de formation, et ce, depuis la toute première édition. Les récentes éditions en format virtuel ont permis aux participants de suivre plusieurs conférenciers et ateliers sur des sujets allant du diagnostic à la prise en charge du cancer pulmonaire, depuis le confort de leur salon. Ce fut aussi l'occasion pour les patients atteints de cancer pulmonaire, ainsi que leurs proches, de rencontrer virtuellement des professionnels de la santé, afin de discuter des réalités au quotidien et des solutions possibles pour améliorer leur qualité de vie.

Journée annuelle du RCM

Depuis 2001, le réseau de cancérologie de la Montérégie organise un colloque qui permet aux professionnels de la santé œuvrant auprès des personnes et familles touchées par le cancer ou en soins palliatifs d'échanger et de s'informer sur des sujets liés à la cancérologie. Chaque année un thème d'actualité est choisi. Depuis la création de notre réseau, l'Estrie est invitée à y participer.

Les communautés de pratique sont des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent ensemble de bonnes pratiques.

Fort de son expérience, les communautés de pratique en Montérégie ont été précurseur de ce modèle collaboratif au Québec et représente une réelle pratique exemplaire. Elles rejoignent des individus, par profession principalement, afin d'assurer le transfert des connaissances, favoriser l'évolution des pratiques et appuyer l'évaluation de la performance du programme de cancérologie régionale. Plusieurs mécanismes ont été mis en place en Montérégie afin d'assurer la poursuite de la coopération et des différents partenariats. Notamment, les communautés de pratique continuent d'enrichir et de bonifier la concertation régionale afin de favoriser la formation partagée et le travail en réseau.

Les communautés de pratique actuellement actives en Montérégie sont :

- Archiviste et registraire des registres locaux de cancer
- Infirmière conseillère en soins spécialisés (ICSS)
- Infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP)
- Infirmière-pivot en oncologie et infirmière travaillant en oncologie (IPO)
- Intervenant psychosocial en CH et en CLSC
- Nutritionniste
- Pharmacien en oncologie
- Physiothérapeute

En **Estrie**, les communautés de pratique en cancérologie ont repris une lancée dans une toute nouvelle initiative en automne 2019. La formule adoptée se veut transversale en rapport à la thématique cancer, c'est-à-dire, que le public se veut de toutes missions, de toutes installations et de tous titres d'emploi en lien avec l'usager desservi atteint de cancer afin de permettre des échanges entre le personnel émergent ou sénior en cancérologie. Les programmations variées visent des apprentissages concrets des intervenants à travers toute la trajectoire de soins sur des sujets biopsychosociaux.

L'une des valeurs clés de ces communautés de pratiques est de faire « pour et avec le personnel » afin d'être une organisation bienveillante et soutenante envers ses professionnels de la santé multiples et diminuer les risques de fatigue de compassion élevés par notre milieu de soins. Des ateliers de partage et de réseautage, des expérimentations de codéveloppement figurent parmi les stratégies d'apprentissage afin de développer le leadership de nos ressources. Ces rencontres permettent de favoriser le mode de travail collaboratif en permettant des mises à niveau, de la consolidation ou de la spécialisation entourant le traitement contre le cancer pour notre personnel.

Cette initiative de développement de compétences en Estrie est planifiée, pour le moment, selon un cycle de trois événements par année, dont deux en présentiels et un en visioconférence et avec le support d'application interactive pour rejoindre les intervenants de tous les milieux de notre vaste territoire.

Le réseau Estrie-Montérégie a comme objectif de créer des occasions de communauté de pratique partagée, en réseau, à très court terme. Parmi les professionnels à réseauter prioritairement, les intervenants voués à la réadaptation en cancer sont probablement l'un des principaux groupes à rassembler. Ce groupe de professionnels experts et en nombre limité pourrait profiter grandement d'une tribune réseau de partage de savoirs. D'autres professions comme les soins infirmiers profiteraient également d'un tel avantage de réseautage en regard des modalités thérapeutiques qui affluent en cancérologie et les défis que cela engendre de rester bien informé.

Formation continue

Pour le réseau Montérégie-Estrie, la formation continue est non seulement une priorité, mais bel et bien la stratégie privilégiée pour débiter nos pratiques en réseau, apprendre l'un de l'autre et engager les rouages de notre partenariat souhaité. La formation continue, en plus de développer collectivement nos compétences, répond directement à l'objectif de formation, d'enseignement et de recherche. Les programmes de formation continue soutiennent les professionnels et les équipes du réseau afin d'assurer une approche intégrée et une concertation clinique dans les programmes de lutte contre le cancer des établissements et avec les partenaires du réseau. La formation continue est offerte aux professionnels de la santé et gestionnaires impliqués en oncologie. Les formations peuvent être offertes sous forme de webinaires, de soupers-conférences (en collaboration avec des partenaires pharmaceutiques), de clubs de lecture, de conférences midis, par visioconférence (notamment en collaboration avec l'Association québécoise des infirmières en oncologie) ou sous forme de formations magistrales par le milieu universitaire. Pour favoriser le partage en réseau, l'objectif est de mettre en ligne le programme de formation continue sur la plateforme partagée provinciale afin de donner accès aux diverses formations à tous les professionnels intéressés. Vous trouverez à l'annexe 5 une description supplémentaire de l'offre de formation continue offerte en Estrie de même quand Montérégie.

Le CISSS de la Montérégie-Centre a aussi un mandat de coordination de 2 ans du comité national de formation en oncologie. Ce comité a pour mandat global de :

- Développer une vision commune de la formation continue en oncologie destinée aux professionnels du RSSS en collaboration avec les autres comités du CNC-RCQ.
- Assurer une concertation réseau en matière de formation continue partagée (FCP) en oncologie destinée aux professionnels du RSSS sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).

Ce comité consultatif et opérationnel réunit quelques CHU, CIUSSS, CISSS et centre non fusionné dont le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Espace collaboratif pour les professionnels de la santé et les usagers

Au cours de l'année 2021, le RCM a développé un site web Lercm.ca qui offre de nombreux avantages, dont une plateforme d'inscription aux différentes formations offertes par le RCM, l'accès à des documents et liens utiles pour les usagers, les professionnels et les conférences à venir. Un espace d'échange et de partage sera réservé aux communautés de pratique consolidant encore mieux les activités de concertation du RCM.

En Estrie, des plateformes de partage de l'information sont aussi accessibles, à l'interne seulement, pour la communauté du CIUSSSE de l'Estrie - CHUS. Un Intranet local permet plusieurs rubriques allant de la publication d'événements ou de conférences à la centralisation de l'information telle que les méthodes de soins infirmiers ou encore, les outils spécifiques aux soins palliatifs ou de fin vie.

Les usagers et leur famille peuvent retrouver plusieurs informations ou vidéos en lien avec nos services contre le cancer via nos sites web locaux de santé Estrie ou santé Montérégie.

Lien Estrie : <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/theme/cancer/>

Lien Montérégie : <https://www.santemonteregie.qc.ca/services/cancer>

Dans une optique d'amélioration des pratiques cliniques, des algorithmes thérapeutiques et des protocoles sont partagés entre les deux organisations. Ceux-ci sont mis à jour au besoin ou maximum aux deux ans et peuvent faire l'objet de discussions lors des CDTC-AP et lors des rencontres du comité d'actualisation conjoint. Ces échanges permettent de se questionner sur les meilleures pratiques à mettre en place et de co-construire ensemble notre réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne.

Voici un exemple de partage d'outils ou de pratiques réseaux à mettre en place:

- La méthodologie du programme de survivance en cancer et la hiérarchisation des services avec les partenaires communautaires;
- Les ateliers et groupes d'enseignement, de soutien clientèle;
- La télésanté et la bibliothèque des autos-soins pour le cancer pulmonaire;
- Les suivis virtuels en milieu de vie pour les usagers avec des thérapies orales contre le cancer;
- L'offre de services de soutien et de formation continue pour les médecins (ligne téléphonique prioritaire permettant de fournir une réponse rapide);
- Le partage d'expertises par des consultations à distance, avec le support des examens d'imagerie médicale appropriée;
- Le guichet rapide d'investigation (Modèle GRIP) de la Montérégie afin de permettre une accessibilité et une prise en charge rapide de la clientèle référée par les équipes des différentes installations;
- L'intégration des d'IPSSA en cancérologie pulmonaire et œsophagienne et la révision des rôles complémentaires avec l'IPO, le médecin et le pharmacien;
- Vidéo d'enseignement clinique exportable entre organisations : traitement systémique, soins palliatifs, etc.

VERS UNE OFFRE DE SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE COMPLÉMENTAIRE

Le partage des meilleures pratiques et les échanges découlant du travail en collaboration permettent d'améliorer l'offre de soins et services au sein de l'ensemble du réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie. Afin de répondre aux particularités de chaque région, des trajectoires de soins et de services spécifiques à l'oncologie pulmonaire et à chaque établissement ont été élaborées et sont présentées en annexe 6. Le modèle d'une trajectoire harmonisée entre les deux régions sera l'inspiration de nos travaux futurs et d'une vision d'harmonisation clinique selon les limites opérationnelles et nos contextes organisationnels respectifs.

PROMOTION ET PRÉVENTION

Tel que souligné par l'OMS, 30 à 50 % des cancers peuvent être prévenus en évitant les facteurs de risque et en appliquant des stratégies préventives reposant sur des données probantes³. En effet, des stratégies de promotion de la santé, telles des politiques publiques qui soutiennent des conditions propices à la santé et stratégies de prévention, telle l'éducation à la santé, constitue des mesures pour réduire les facteurs de risques modifiables sur le cancer. ⁴ Le tabagisme est le plus important facteur de risque évitable associé

¹ MSSS, (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*. [En ligne] : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf (Page consultée le 2023-05-01).

³ Organisation mondiale de la santé, Cancer Prévention, [En ligne], <https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab> (Page consultée le 29 avril 2023).

⁴ Poirier et al., (2019). Preventive medicine, The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results [En ligne], <https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab> (Page consultée le 1^{er} mai 2023).

à une proportion plus élevée de cas de cancers.⁵ Il est aussi le facteur de risque de mortalité par cancer évitable le plus important dans le monde chez les hommes (34%) et chez les femmes (11 %).⁶ Peu importe le type de tabagisme, les fumeurs et les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire sont susceptibles de développer l'un des 16 cancers liés à l'usage du tabac.⁷

Une description détaillée des données épidémiologiques en lien avec le cancer du poumon est disponible à l'annexe 7.

Facteurs de risque du cancer du poumon

Environ 86 % des cas de cancer du poumon sont attribuables à des facteurs de risque modifiables, ce qui en fait l'un des cancers les plus évitables au Canada⁸. Le tabac est de loin la première cause du cancer du poumon évitable, responsable d'environ 72% de tous les cas.⁹ (Statistique canadienne). En Montérégie, un cancer sur cinq est associé au tabac alors que près d'un décès par cancer sur trois y est associé.¹⁰ Les deux figures ci-dessous présentent la proportion des cancers du poumon évitables au Canada et au Québec basée sur l'étude *Risque attribuable du cancer chez la population canadienne*.¹¹

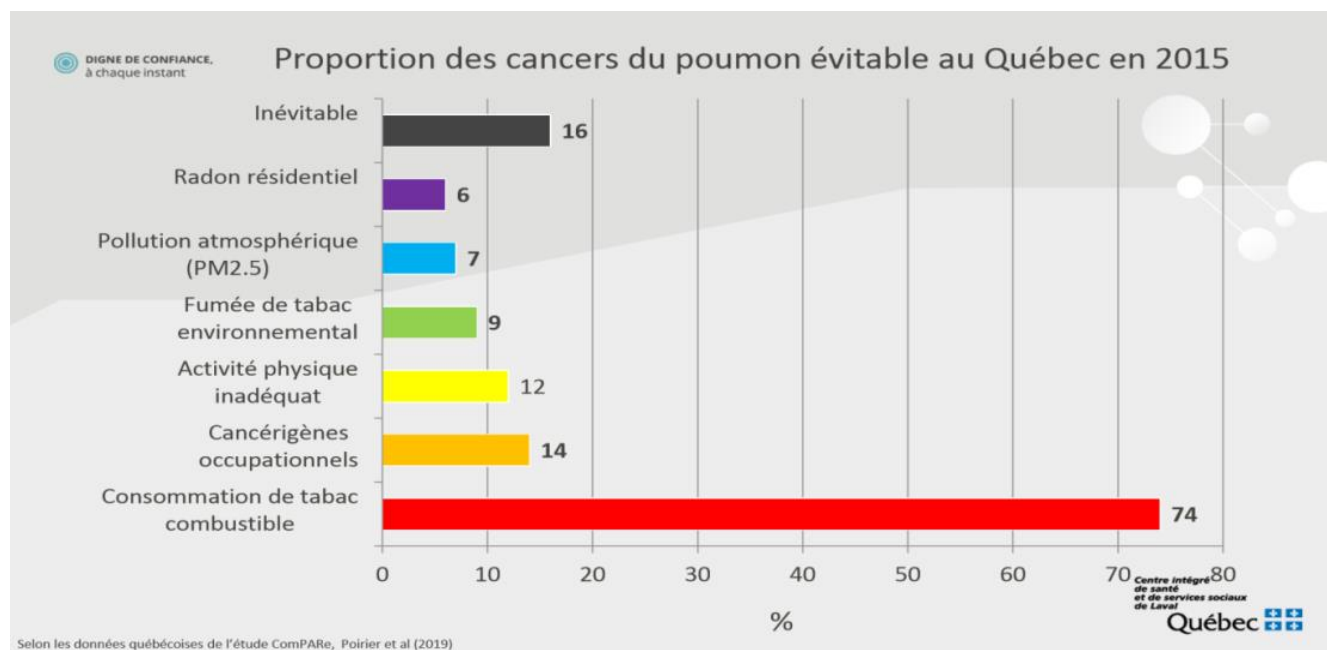


Figure : Proportion des cancers du poumon évitables au Québec en 2015

⁵ Poirier et al., (2019). Preventive medicine, The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results [En ligne], <https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab> (Page consultée le 1^{er} mai 2023).

⁶ Lancet, (2022). *The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. [En ligne] : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35988567/> (Page consultée le 2023-05-01).

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020), *Stratégies pour un Québec sans tabac 2020-2025*. [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002613/> (Page consultée le 29 avril 2023).

⁸ <http://cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2020-FR>

⁹ <http://cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2020-FR>

¹⁰ Provencher, Simone et Blackburn, Manon. *Cancers et tabac en Montérégie*. Horizon Santé, Octobre 2016, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population.

¹¹ Étude COMPARE (2014), *Risque attribuable du cancer chez la population canadienne*. [En ligne] : <https://data.prevent.cancer.ca/current/cancer-types> et <https://data.prevent.cancer.ca/future/impact-of-cancer> (Pages consultées le 2023-05-01).

L'importance d'agir simultanément sur différents déterminants de la santé est bien connue pour adresser une problématique importante de santé publique. La complexité des liens de causalité entre les déterminants et les problèmes de santé exige que soient réalisées des actions à de multiples niveaux et dans différentes sphères d'activité. La combinaison d'interventions individuelles et collectives permet également de maximiser les gains de santé. Ainsi, il est reconnu que les interventions visant les habitudes et les comportements individuels sont plus efficaces lorsqu'elles font partie d'une stratégie globale d'intervention, qui cible également des déterminants associés au milieu de vie et aux systèmes de l'État.¹²

Bien que l'apparition d'un cancer soit due en partie à un ensemble de facteurs non modifiables ou inévitables tels que le sexe, l'âge, les antécédents familiaux et personnels, la lutte contre le cancer du poumon doit passer par d'importantes stratégies et interventions populationnelles et individuelles efficaces. Celles-ci doivent avoir pour cibles prioritaires la création d'environnements favorables à la santé ex. : changement de la norme sociale, politiques pour des environnements sans fumée, stratégies populationnelles favorisant les comportements agissant comme facteurs de protection contre le cancer, tel un régime alimentaire sain qui inclut des fruits et légumes et l'activité physique.¹³ De plus, des efforts doivent être prioritairement consentis à l'égard des principaux facteurs de risques évitables par exemple l'offre de soutien au renoncement de l'usage des produits du tabac chez les personnes qui fument.

Au Québec, chaque dollar investi dans la lutte contre le tabagisme depuis 1998 rapporte 20 \$. De plus, chaque fois que le taux de tabagisme baisse d'un pour cent, le Québec réaliserait des économies de 41 millions de dollars en coûts directs (coûts de santé).¹⁴

En lien avec le cancer du poumon, citons les stratégies populationnelles suivantes :

- Favoriser le non-usage des produits du tabac.
- Favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, la pratique régulière d'activités physiques, une alimentation saine composée de nombreux fruits et légumes.
- Favoriser l'exposition ou la réduction de l'exposition à des agents cancérigènes, exemples:
 - La pollution de l'air extérieur et intérieur, l'exposition à certaines substances chimiques, exemple : l'amiante et le radon.

Il est connu que la prévalence du cancer du poumon est plus élevée dans les groupes à faibles revenus que dans les groupes à revenus plus élevés.¹⁵ La promotion de la santé consiste à intervenir sur l'ensemble des déterminants de la santé incluant les déterminants structureaux qui concernent les conditions de vie qui favorisent le mieux-être et la qualité de vie et ce, tout en amont des problèmes. Ces interventions populationnelles accroissent ainsi le potentiel d'impacts favorables sur la santé des populations. La promotion implique la participation des citoyens dans son processus et vise essentiellement à produire la santé dans les populations. ¹⁶

¹² MSSS, (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. [En ligne] : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf> (Page consultée le 2023-05-01).

¹³ Société canadienne du cancer, Réduire le risque de cancer du poumon, [En ligne] : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/lung/risks/reducing-your-risk>, (Page consultée le 2023-04-29).

¹⁴ MSSS, (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*. [En ligne] : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf (Page consultée le 2023-05-01).

¹⁵ Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2022. [En ligne] : <http://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR>, (Page consultée le 2023-04-29).

¹⁶ MSSS, (2012), *La santé et ses déterminants Mieux comprendre pour mieux agir*. [En ligne] : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> (Page consultée le 2023-05-01).

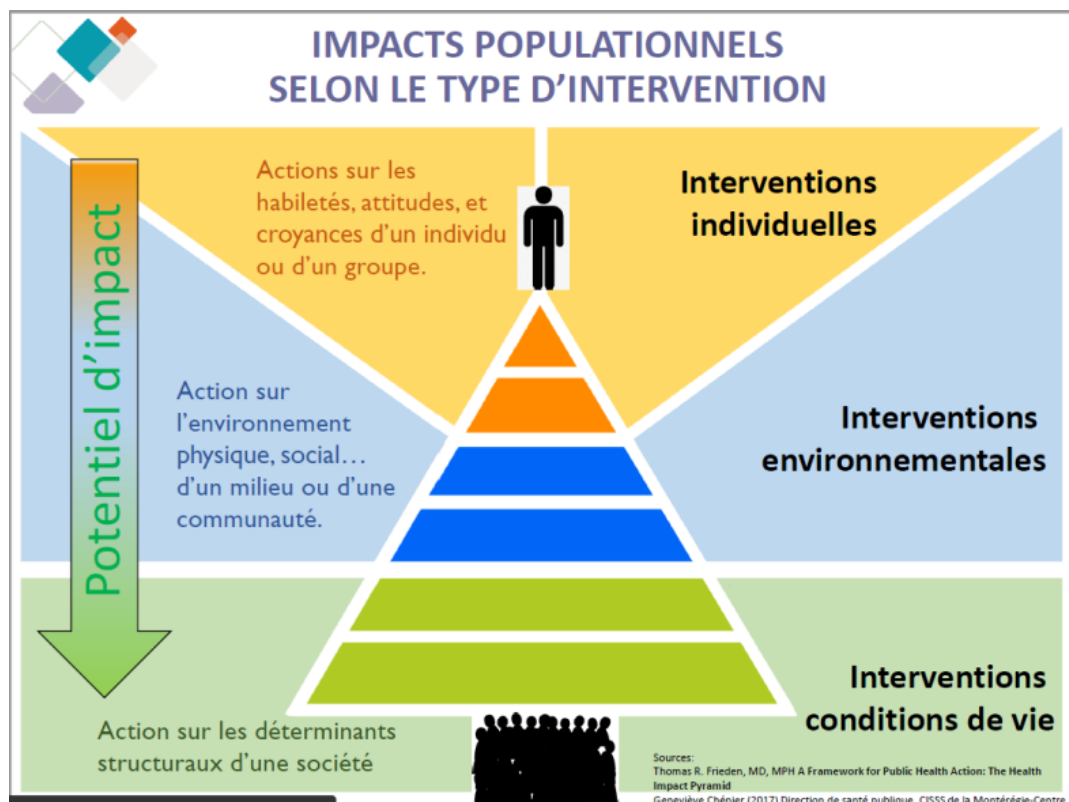


Figure : La pyramide d'impact des interventions sur la santé des populations

Il est à souligner que la vision populationnelle qui est au cœur des interventions de santé publique implique une mobilisation des acteurs provinciaux, régionaux et locaux, tout en favorisant des collaborations sectorielles (partenaires du réseau de la santé et des services sociaux) et intersectorielles publiques, parapubliques, privées et communautaires (ex. : milieux de garde à l'enfance, scolaires, municipaux, communautaires, associatifs et du travail). Cela implique, entre autres, le développement et l'application de programmes et de projets novateurs, un soutien important aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (incluant le transfert des connaissances), une gestion du changement efficace ainsi qu'une vision constante d'évolution de la qualité des interventions (ex. : évaluation de la performance, suivis d'indicateurs et assurance de la qualité).

Le Programme national de santé publique 2015 – 2025¹⁷ et ses plans d'action régionaux encadrent les interventions déployées par les directions de santé publique de l'Estrie et de la Montérégie en matière de maladies chroniques et de cancer. La Stratégie pour un Québec sans tabac (SQST) 2020-2025¹⁸ orientent plus spécifiquement les mesures à déployer par différents acteurs intersectoriels dans la Lutte contre le tabagisme au Québec. Les approches, les stratégies et les interventions qui suivent touchent directement ou indirectement le cancer du poumon et s'adressent aux individus, groupes d'individus (notamment vulnérables) ou à la population selon leur nature clinique, éducative ou environnementale.

Il est à souligner que les deux directions de santé publique impliquées sont des partenaires de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et, de ce fait, intègre tant que faire se peut la recherche et l'enseignement à l'intérieur de leurs diverses implications.

¹⁷ MSSS, (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. [En ligne] : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf> (Page consultée le 2023-05-01).

¹⁸ MSSS, (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*. [En ligne] : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf (Page consultée le 2023-05-01).

LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS NOS DEUX RÉGIONS

INTERVENTIONS INDIVIDUELLES

Les acteurs de santé publique réalisent des activités de prévention primaire qui reposent avant tout sur la non-initiation à l'usage des produits du tabac et sur la non-exposition aux fumées secondaires et tertiaires. Aussi, ils déploient des activités de prévention secondaire et tertiaire soit en offrant des services de soutien à l'abandon du tabagisme. Peu importe l'âge et les habitudes de tabagisme, cesser de fumer réduit le risque d'être atteint de cancer du poumon et de plusieurs autres maladies. Parmi les principaux objectifs, citons :

- **Prévenir l'initiation aux produits fumés et vapotés chez les jeunes :**
 - Soutenir les milieux scolaires et communautaires dans l'organisation et le déploiement d'activités éducatives portant sur les risques et les méfaits à la santé de l'usage des produits du tabac, du cannabis et du vapotage et des problèmes de dépendance qui y sont liés.
- **Favoriser et soutenir l'arrêt tabagique :**
 - Favoriser le déploiement par les établissements du RSSS et les ordres professionnels de pratiques cliniques préventives (PCP) en abandon du tabagisme dans les parcours de soins de services de leurs différents milieux cliniques (exemple : par une offre de formation en counseling et sur les thérapies de remplacement à la nicotine);
 - Offrir des services de soutien intensif en abandon du tabagisme et du vapotage par l'intermédiaire des Centres d'abandon du tabagisme (CAT)¹⁹ et par des services visant à :
 - › Offrir à la population dans les CLSC et dans différents milieux des services de soutien à l'abandon du tabagisme (intervention individuelle en personne, par téléconsultation ou par téléphone et des interventions de groupe en présentiel);
 - › Établir des liens de collaboration avec les équipes des programmes clientèles du CISSS, du CIUSSS et les partenaires du RTS (médecins, GMF, pharmaciens et autres) en vue de répondre aux besoins spécifiques des usagers du CAT;
 - › Soutenir les intervenants et les professionnels de la santé du CISSS, du CIUSSS et du RTS afin qu'ils intègrent, dans leur pratique régulière, le soutien à l'abandon du tabagisme;
 - › Réaliser des activités de promotion et de prévention en CISSS, en CIUSSS et dans différents milieux du RTS.
- **Favoriser la protection et soutenir l'arrêt de l'usage de la consommation de nicotine auprès des personnes qui consomment des produits de vapotage :**
 - Soutenir l'intégration du counseling auprès des jeunes et adultes qui font usage des produits de vapotage de nicotine dans les différents milieux de la communauté.

INTERVENTIONS ENVIRONNEMENTALES

- **Systématiser la prise en charge des usagers qui font usage des produits du tabac fumé et du vapotage :**
 - Dans le cadre de la mise en œuvre de leurs politiques pour des environnements sans fumée, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les trois CISSS de la Montérégie sont à systématiser les interventions visant la gestion du sevrage de nicotine et de soutien à l'abandon du tabagisme et du vapotage de l'ensemble des installations et des établissements. L'implantation d'un modèle de systématisation au sein d'un établissement s'inspire notamment du modèle d'Ottawa (MOAT). Le MOAT s'appuie sur un processus validé (plus de 350 organisations) de modification des pratiques qui intègre aux soins courants des établissements de santé l'identification, le traitement et le suivi systématique des personnes qui fument du tabac. En effet, les plus récentes données issues de recherches scientifiques démontrent que les interventions de counseling intensif initiées pendant

¹⁹ GOHIER, C. et L. GAGNÉ (2015). Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centre d'abandon du tabagisme et à la ligne j'Arrête, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 111 p.

l'hospitalisation et poursuivies par des contacts de soutien (un mois après la sortie d'hôpital) augmenteraient les taux de sevrage tabagique après la sortie de l'hôpital.

- Les usagers ayant bénéficié du MOAT avaient :
 - 21 % moins de risques d'être hospitalisés reliés à un problème de santé (peu importe la cause);
 - 21 % moins de risque d'être réadmis pour une raison liée au tabagisme;
 - 9 % moins de risque de devoir se rendre dans un service d'urgence dans les deux ans suivant leur hospitalisation initiale;
 - 40 % moins de risque de décès sur deux ans.

Divers travaux ont déjà été tenus par les deux directions de santé publique pour soutenir leurs établissements visant une systématisation de la prise en charge des usagers qui fument et vapotent de la nicotine. En voici quelques exemples concrets :

- Ateliers d'informations et de formation sur la systématisation et diffusion de littérature sur le sujet;
- Production et soutien des CISSS/CIUSSS pour la réalisation du portrait de situation;
- Production d'un sondage type destiné aux prescripteurs de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN);
- Soutien à la planification d'actions pour soutenir l'intégration de la systématisation au sein de l'organisation;
- Développement de fiches descriptives de formations sur les trois types de pratiques cliniques en abandon du tabagisme (counseling minimal, bref et complet);
- Production de contenu de formation pour le counseling bref et complet;
- Production d'outils cliniques pour les professionnels (Modèle de fiche d'évaluation des usagers qui fument et modèle d'ordonnance préalable).

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

La programmation réalisée en santé publique dans la lutte contre le cancer s'inscrit également en grande partie à l'intérieur de programmes de prévention des maladies chroniques. À cet effet, en Estrie, l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé s'est notamment traduite ces dernières années par un partenariat dans le développement du projet Agir sur sa santé. (ASSSÉ) retrouvé dans la trajectoire des maladies chroniques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Un plan d'intervention individualisé est offert aux personnes incluant le choix d'ateliers éducatifs à partir d'un « tronc commun de 10 sujets généraux » offerts dans les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. L'établissement d'une interface entre cette trajectoire et celle en cancérologie est à privilégier.

En Montérégie, le Centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC) offre des services professionnels gratuits aux adultes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Des rencontres individuelles et de groupe sont proposées, abordant les sujets suivants :

- L'évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire;
- La prévention par les habitudes de vie;
- La saine alimentation;
- L'activité physique;
- L'abandon du tabac.

Ces rencontres permettent d'acquérir des connaissances afin de :

- Mieux gérer sa maladie;
- Être outillé pour avoir un meilleur contrôle de sa glycémie, de sa tension artérielle, de son cholestérol et de son état respiratoire;
- Gagner du pouvoir et de l'autonomie sur sa santé.

INTERVENTIONS TOUCHANT LES SAINES HABITUDES DE VIE

La santé publique offre ou soutient différentes interventions en promotion-prévention de la santé des différents sous-groupes de la population. Différentes actions de promotion des saines habitudes de vie soutenues par la santé publique et leurs partenaires rejoignent différents groupes de la population, avec une attention particulière pour les groupes socialement ou économiquement vulnérables.

0-17 ANS ET LEUR FAMILLE

Auprès des tout-petits et des enfants, de nombreuses interventions se déroulent au sein des services en périnatalité et en petite enfance visant, entre autres, la création d'environnements favorables à la santé ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires (notamment auprès des familles vulnérables). À titre d'exemple, citons :

- Gazelle et Potiron destinés à tous les acteurs travaillant dans les services de garde éducatifs à l'enfance. Il vise à favoriser le développement global des enfants de moins de cinq ans par la saine alimentation, le jeu actif et le développement moteur;
- Ma cour : un monde de plaisir! Proposant une démarche structurée aux écoles désireuses d'améliorer l'aménagement, l'organisation ou l'animation de la cour d'école afin de favoriser l'activité physique chez les élèves;
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) qui s'adressent aux femmes enceintes et aux familles ayant de jeunes enfants et vivant en contexte de vulnérabilité;
- Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) qui accorde du financement aux groupes communautaires qui font la promotion du développement sain des enfants, de la naissance à six ans.

De plus, plusieurs collaborations sont instaurées de longue date au regard de la mise en œuvre d'interventions favorisant l'allaitement dans les milieux de vie et visant notamment la certification *Amis des bébés* de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux.

Chez les jeunes, l'approche École en santé (AÉS) joue un rôle déterminant sur l'ensemble des territoires. Les fondements de l'AÉS se situent au cœur du déploiement des bonnes pratiques relatives à la promotion de la santé et à la prévention en contexte scolaire. C'est d'ailleurs l'approche convenue par le réseau de la santé et des services sociaux. L'AÉS repose sur la reconnaissance de l'efficacité d'agir simultanément, en concertation et avec l'engagement des acteurs de l'école et de la communauté, sur plusieurs déterminants communs à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes. L'AÉS est actuellement implantée dans plus de 73 % de l'ensemble des écoles (préscolaires, primaires et secondaires) de l'Estrie et sur 89 % des territoires couverts par la Direction de santé publique CISSS de la Montérégie-Centre (Données en date du 31 mars 2023).

Le référent ÉKIP s'inscrit dans la continuité des travaux menés en lien avec l'AÉS et présente des moyens efficaces et reconnus pour agir auprès des enfants du préscolaire et des élèves du primaire et du secondaire en donnant accès aux meilleures pratiques et aux outils probants ou reconnus efficaces selon l'âge et selon plusieurs thématiques dont celle des saines habitudes de vie. Soulignons qu'ÉKIP favorise la mise en place d'actions dans les milieux de vie scolaire, familiale et de la communauté.

Au regard d'une saine alimentation s'ajoutent aux interventions en matière de sécurité alimentaire, la tenue d'activités de développement de compétence alimentaire et culinaire en milieu scolaire et la présence de cuisines collectives auprès de la communauté.

Parmi les autres interventions et services offerts aux jeunes, soulignons : les cliniques jeunesse, touchant notamment les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires ainsi que la santé mentale et psychosociale. Ces cliniques sont déployées sur l'ensemble des territoires de l'Estrie et de la

Montérégie. Également, des points de services Aire ouverte offrant des services de santé ou physique, incluant la promotion des saines habitudes de vie, aux jeunes de 12 à 25 ans sont déployés graduellement depuis 2020. Deux points de services sont actuellement accessibles sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Centre.

Au regard d'une saine alimentation s'ajoutent aux interventions en matière de sécurité alimentaire différentes activités de promotion telles que la tenue d'activités de développement de compétences alimentaires et culinaires en milieu scolaire.

ADULTES ET COMMUNAUTÉS

Pour favoriser l'activité physique et la saine alimentation dans les communautés, différentes actions de santé publique sont mises de l'avant par exemple:

- La participation aux travaux régionaux visant à favoriser les saines habitudes de vie telle la Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV);
- Le soutien aux projets municipaux favorisant les déplacements actifs utilitaires et récréatifs tel l'aménagement d'un réseau de pistes cyclables;
- Le programme Viactive qui s'adresse à des regroupements de personnes âgées qui s'activent chaque semaine grâce à l'engagement de nombreux organismes et citoyens bénévoles. Au total, plus de 200 regroupements en Estrie et plus de 150 en Montérégie sont rejoints par cette initiative;
- Les interventions en matière de sécurité alimentaire telles les épiceries communautaires, les travaux sur les déterminants structurels des inégalités sociales en alimentation, les projets communautaires de conditionnement alimentaire, les projets sur les territoires nourriciers;
- Le soutien aux cuisines collectives.

INTERVENTIONS FAVORISANT DES COMMUNAUTÉS SAINES ET DURABLES

L'action sur l'environnement est une stratégie qui bénéficie à l'ensemble de la population, incluant les groupes vulnérables, qui sont normalement plus difficiles à rejoindre par des approches individuelles de prévention.

En Estrie, l'*Approche municipale intégrée en Estrie* (AMIE) s'inspire de la démarche provinciale : *Prendre soin de notre monde* et agit sur l'ensemble des déterminants qui favorisent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (ne se limitant pas ainsi aux saines habitudes de vie). Les élus et les employés municipaux sont des acteurs de premier plan pour favoriser la qualité de vie de leurs concitoyens et promouvoir la santé, en développant des environnements qui encouragent des choix santé (ex. : l'ajout de verdissement et le développement d'infrastructures permettant le transport actif). AMIE est une approche qui permet à la Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS d'accompagner, par ses ressources et expertises diversifiées, des projets municipaux préalablement analysés et retenus et qui impacte positivement les déterminants de la santé tout en minimisant les inégalités sociales de santé. AMIE permet de faciliter auprès de la population des choix bénéfiques pour la santé tout en minimisant l'exposition à des facteurs de risques.

En Montérégie, chacune des équipes locales de santé publique des trois CISSS disposent de professionnels formés et mandatés pour influencer, soutenir et accompagner les acteurs des municipalités, des communautés et les partenaires intersectoriels dans la planification et la mise en œuvre de différentes mesures. Ces dernières visent à favoriser des environnements et des conditions de vie favorables à une meilleure qualité de vie et un meilleur bien-être de tous les citoyens et visent aussi à favoriser des communautés durables.

En plus de soutenir les équipes locales, les équipes régionales de santé publique contribuent aussi et de façon complémentaire dans des actions à portée régionale ex. : production et diffusion de fiches thématiques et d'interventions du Répertoire municipal virtuel, interventions auprès des préfets des MRC.

INTERVENTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Les programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE) visent ultimement la réduction ou l'élimination à la source des risques. Le pouvoir cancérigène d'un contaminant est un facteur de priorisation. Les principaux contaminants reconnus ou suspectés d'être cancérigènes ayant fait l'objet d'interventions dans les dernières années en Estrie sont : la silice cristalline, les fumées de caoutchouc, les poussières de bois, l'amiante, les fumées de soudage, le chrome VI, l'acrylonitrile, le benzène et le formaldéhyde. Notons qu'entre 2005 et 2010, deux importants programmes d'interventions régionaux visant la réduction de l'exposition à des contaminants cancérigènes ont été élaborés et appliqués en collaboration avec la CNESST. Le premier visait les poussières de silice cristalline (quartz) dans l'industrie du granit et le second, les fumées de caoutchouc dans l'industrie de la transformation du caoutchouc.

Par ailleurs, la promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail a été renforcée depuis quelques années dans la région de l'Estrie. Les efforts se sont concentrés dans un premier temps sur le transfert des connaissances aux intervenants concernés du réseau de la santé et des services sociaux et la sensibilisation des milieux de travail aux meilleures pratiques. Une approche commune aux partenaires impliqués a été développée dans une perspective environnementale.

En Montérégie, en santé au travail, la visite de connaissances préalables permet de repérer les risques et contaminants en place dont les substances cancérigènes. Nous nous assurons que ces substances n'exposent pas les travailleurs au-delà des valeurs admissibles. Les programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE) visent ultimement la réduction ou l'élimination à la source des risques. Le pouvoir cancérigène d'un contaminant est un facteur de priorisation.

La Montérégie surveille les données liées aux substances cancérigènes sur son territoire. Par ailleurs, la promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail est en cours de démarrage dans la région de la Montérégie. La formation aux infirmières a eu lieu au printemps dernier afin de sensibiliser les travailleurs fumeurs à la cessation tabagique. Une description détaillée des données épidémiologiques en lien avec le cancer du poumon est disponible à l'annexe 7.

PARTICIPATION AU PROJET DE DÉMONSTRATION EN DÉPISTAGE DU CANCER PULMONAIRE PAR TOMOGRAPHIE AXIALE À FAIBLE DOSE (TAFD)

Le cancer du poumon est le cancer le plus diagnostiqué dans la province, mais aussi celui qui cause le décès du plus grand nombre de Québécois. Voilà pourquoi, le 31 mai 2021, le Québec a annoncé un projet de démonstration visant à dépister le cancer du poumon chez les personnes à risque en ayant recours à la tomodensitométrie axiale à faible dose (scan ou TAFD). Un centre coordonnateur provincial a pris en charge le projet et l'évaluation des 3 000 participants ciblés et volontaires pour participer à ce projet en collaboration avec sept établissements de santé.

L'objectif du projet était de diagnostiquer la maladie de façon précoce afin de pouvoir débiter les traitements le plus tôt possible et ainsi améliorer le taux de survie au cancer pulmonaire. En fait, 70 % des cancers pulmonaires sont diagnostiqués avec des stades plus avancés réduisant leur pronostic et 30 % des cancers sont décelés avec des stades précoces. Ce projet visait à inverser ces tendances et pourcentages pour élever la proportion de cancer précoce et diminuer celle des cancers avancés.

Le projet de démonstration vise à mettre en œuvre les bases d'un futur programme de dépistage en cancer pulmonaire au Québec, profitant de cette expérimentation antérieure chez nos voisins ontariens ou américains.

Voici les critères d'inclusion au projet :

- Avoir entre 55 et 74 ans;
- Avoir fumé pendant au moins 20 ans;

- Être toujours fumeur ou avoir cessé depuis moins de 15 ans.

Les participants au projet ont été testés par TAFD au Québec. Les perspectives en regard du dépistage du cancer pulmonaire par TAFD nous laissent entrevoir selon les études 3,1 décès sauvés par 1000 personnes dépistées comparativement au dépistage du cancer colorectal par test FIT (2.9 par 1000) et en dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 68 ans (profil PQDCS) à 1,4 par 1000. En collaboration avec la ligne *J'ARRÊTE* et les centres d'abandon du tabagisme, ce projet comportait aussi un volet d'accompagnement à la cessation tabagique. Le CISSS de la Montérégie-Centre et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS font partie des sept établissements de santé au Québec qui y ont participé. Pour participer au programme de dépistage, les personnes qui fument ou qui ont fumé devaient communiquer directement avec le centre de coordination ou y être référées par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée. Lorsque le patient n'avait pas de médecin de famille, un médecin volontaire ou une IPSSA lui était assigné pour assurer un suivi en cas de découverte fortuite non reliée au cancer pulmonaire. Les investigations additionnelles suivant la TAFD étaient suivies par nos GRI-P respectifs directement. Cette coordination directe par le centre coordonnateur vers les centres participants était prise en charge avec une information au référent que l'action de suivi et de prise en charge était enclenchée. En signant le formulaire de consentement au projet, le participant consentait également à cette coordination des soins requis.

COORDONNÉES DU CENTRE DE COORDINATION :

 depistagecancerpoumon@ssss.gouv.qc.ca

 Téléphone : 1-844-656-4312 |  Fax : 1-418-656-4312

INVESTIGATION

Le réseau Estrie-Montérégie vise à assurer à la population atteinte de cancer de son territoire des soins et services en de grande qualité et selon les meilleurs standards de pratiques cliniques reconnus. Tous les efforts doivent être déployés sur nos continuums de soins pour faire arrimer accessibilité et qualité, et ce, dans la visée d'assurer les meilleurs pronostics pour nos usagers dès les premiers instants de l'investigation contre le cancer. Notre réseau vise à unir ses forces, ses réflexions cliniques et collaborer à une animation commune de la performance et de l'amélioration continue afin de partager une même vigie et développer ensemble des solutions face à des problématiques organisationnelles communes en oncologie pulmonaire et œsophagienne.

Investigation rapide en cancer pulmonaire : modèle GRI-P

Parmi ces processus internes, le CISSS de la Montérégie-Centre s'est doté en 2018 d'un guichet rapide d'investigation en cancer du poumon (GRI-P) permettant de diminuer significativement les délais entre le début des symptômes et le début des traitements. Cette coordination rapide de la phase d'investigation est orchestrée par des infirmières dédiées. De plus, un pouvoir délégué aux radiologistes de faire le suivi des examens complémentaires requis est aussi octroyé afin de diminuer les délais de prescription par le médecin de famille ou le requérant de tels examens d'investigation. Le modèle GRIP permet donc une meilleure coordination des soins et de la prise en charge de la clientèle. Il permet également de diminuer les visites à l'urgence et la durée des séjours hospitaliers par une coordination des soins et des services en investigation offerts à l'utilisateur.

Voyant les retombées engendrées par ce type de guichet en Montérégie, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a également choisi d'adapter le modèle GRIP au sein de son secteur et du travail de ses ressources dédiées en clinique externe entourant l'investigation pulmonaire. Il y a des médecins dédiés chaque semaine, des infirmières en investigation et des plages dédiées pour les examens. Des algorithmes thérapeutiques ont été partagés entre l'Estrie et la Montérégie. Le modèle du MSSS pour l'investigation d'un nodule pulmonaire suspect est présenté à l'annexe 8.

Plateau technique et examens d'investigation disponibles dans notre réseau, spécifique au poumon

Tableau : soins et services en investigation, disponibles au sein du réseau Estrie–Montérégie

	Montérégie	Estrie
Tomodensitométrie	√	√
Résonance magnétique	√	√
Échographie	√	√
Bronchoscopie	√	√
Test de fonction respiratoire	√	√
Biopsie transthoracique (BTT)	√	√
Médecine nucléaire	√	√
Tomographe à émission de positrons (TEP)	Corridor de service	√
EBUS	√	√
Chirurgie pulmonaire exploratrice	√	√

Une entente entre l'Estrie et la Montérégie a permis d'établir un nouveau corridor de service. Maintenant deux plages horaires par semaine sont offertes en Estrie pour un TEP scan à la clientèle de la Montérégie.

Clinique d'oncopneumopathies interstitielles

Depuis le 16 février 2023, une clinique d'oncopneumopathies interstitielles a été mise en place au CICM. Voici les critères de consultation :

Provenance des consultations :

- Oncologie
- Radiooncologie
- Chirurgie thoracique
- Guichet Rapide d'Investigation Pulmonaire (GRIP)

Population visée :

- Patients avec cancer (pulmonaire ou non pulmonaire) et pneumopathie interstitielle concomitante;
- Traitement oncologique envisagé.

Objectifs :

- Diagnostic de la pneumopathie interstitielle en vue d'un traitement oncologique (radiothérapie, systémique et/ou chirurgicale);
- Opinion quant au risque d'exacerbation aiguë/progression de la pneumopathie interstitielle en lien avec les traitements envisagés;
- Suspicion d'exacerbation aiguë d'une pneumopathie interstitielle préexistante (pneumonite) en lien avec le traitement oncologique déjà amorcé

TRAITEMENT

En fonction du stade et de la nature du cancer, plusieurs traitements peuvent être envisagés. Bien qu'un soutien constant de l'équipe médicale soit offert, cette période engendre souvent beaucoup d'incertitude et de stress chez les patients et son entourage. Il est important d'informer correctement les patients et leurs proches de la nature du traitement, de sa durée et de son implication puisqu'ils seront confrontés à prendre certaines décisions. Le réseau Estrie-Montérégie est en mesure d'offrir une gamme complète de traitements en cancer du poumon, allant de la chirurgie jusqu'à la thérapie ciblée.

Séquençage moléculaire (génétique)

Durant la phase de diagnostic du cancer du poumon, le patient peut être amené à réaliser des tests de génétique. Grâce à ces tests, les médecins sont en mesure d'identifier la présence de mutations génétiques chez les patients. Nous pouvons donner l'exemple du « Next Generation Sequencing » (SNG) qui est utilisé comme test de séquençage moléculaire au Québec. Cette analyse approfondie contribue à diagnostiquer le cancer, aide à établir un pronostic et permet de personnaliser les plans de traitement à chacun des patients. Depuis 2021, l'offre de service au CIUSSS de l'Estrie-CHUS en séquençage moléculaire est assurée en partenariat avec l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). Nous prévoyons pour l'année 2023-2024 que l'ensemble des services soient disponibles directement en Estrie.

Chirurgie thoracique

Le patient peut être amené à rencontrer un chirurgien thoracique afin d'envisager une chirurgie dont la visée peut être de type curatif ou bien palliatif. En fonction de la nature, du stade et des caractéristiques qui sont propres au patient (projet de vie, préférences, etc.), différentes approches chirurgicales peuvent être envisagées et seront discutées avec le patient et ses proches. La chirurgie n'a pas toujours comme objectif de traiter le cancer. Elle est parfois utilisée afin d'améliorer la qualité de vie et pour retarder les effets de la maladie. Elle peut aussi être exploratoire dans le but d'investiguer et de confirmer un cancer du poumon.

Afin de maximiser la préparation à la chirurgie, l'équipe médicale rencontre préalablement chaque patient pour les informer du déroulement de l'opération et pour discuter des préoccupations vécues. Une coordination par l'équipe médicale et la clinique préparatoire à la chirurgie est aussi nécessaire afin que tous les examens préalables en préchirurgie soient effectués. À la suite de la chirurgie, un suivi rigoureux par une équipe multidisciplinaire est mis en place afin de maximiser le rétablissement du patient.

Dans ce sens, le projet FORCES a été initié et développé à l'Hôpital Charles-Le Moyne, dans le cadre d'un programme national de développement du leadership et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients. Ce projet visait à améliorer l'expérience globale des usagers par une meilleure préparation à chirurgie thoracique, axée sur la réduction de la douleur, de l'anxiété et des symptômes vécus à cette étape de la trajectoire. Les objectifs cliniques liés aux usagers ont rallié du même coup l'optimisation de l'accessibilité au bloc opératoire envers la population et ils ont permis une meilleure programmation et performance du bloc opératoire au CICM.

La cible d'accès ministérielle aux services de chirurgie oncologique vise que 80 % des patients médicalement prêts pour une chirurgie soient opérés ≤ 28 jours et 100 % en dedans de 56 jours suivant la réception de la demande. Cette cible a été impactée et ajustée en regard de la pandémie et du rétablissement dans le réseau.

En Estrie, trois chirurgiens thoraciques exercent : Dre Chantal Sirois, Dr Marco Sirois et Dr Julius Poon.

En Montérégie, trois chirurgiens thoraciques exercent: Dr Éric Fréchette, Dr Ciprian Bolca et Dr Mehdi Tahiri. Toutes les chirurgies thoraciques du cancer du poumon et de l'œsophage pour la Montérégie sont réalisées à l'installation de l'Hôpital Charles-Le Moyne uniquement.

Chimiothérapie

Pour traiter le cancer du poumon, la chimiothérapie est couramment utilisée, seule ou en combinaison, avec la radiothérapie ou la chirurgie. Celle-ci peut être administrée par voie orale ou intraveineuse. Pour certains types de cancer du poumon, la chimiothérapie est le seul traitement envisageable. Les oncologues spécialisés en cancer du poumon ont l'expertise pour conseiller, informer, traiter et soutenir les patients. Les traitements de chimiothérapie sont systémiques (touche le corps en entier) et offerts en ambulatoire. Dans quelques exceptions en regard avec l'état de l'utilisateur, le traitement antinéoplasique peut être administré en statut hospitalisé.

La durée du traitement de chimiothérapie varie d'une personne à l'autre selon son état, de sa pathologie et de sa réponse aux traitements. Dans le langage de l'hémo-oncologie, on appelle « cycle » la période entrecoupée de chacun des traitements de chimiothérapie.

Les activités standards en clinique ambulatoire de chimiothérapie sont les suivantes :

- Traitements de chimiothérapie par voie intraveineuse;
- Enseignement et conseils pharmacologiques (incluant chimiothérapie par voie orale);
- Expertise des pharmaciens d'oncologie pour les thérapies ciblées avec le programme de support aux patients;
- Coordination et enseignement à l'installation des accès vasculaires centraux;
- Révision et suivis des contrôles sanguins;
- Évaluation et gestion des signes et des symptômes.



L'arrivée de thérapies ciblées dans les dernières années permet d'améliorer la gamme de traitements pouvant être offerte à la clientèle oncologique en poumon. Ce type de traitement permet de personnaliser un traitement selon le profil pathologique de la tumeur. Il est souvent offert par voie orale ou intraveineuse. Les patients sous thérapie ciblée reçoivent le même type de suivi que la clientèle sous chimiothérapie systémique. Vous trouverez à l'annexe 9 un tableau des principales molécules utilisées en chimiothérapie.

La cible d'accès ministérielle aux services d'hémo-oncologie requiert que 90 % des patients soient traités < 28 jours suivant la consultation médicale. Une cible de 38 jours au total est indiquée entre la réception de la demande de service et le premier traitement.

L'Estrie compte trois centres de chimiothérapie totalisant 48 fauteuils : RLS Sherbrooke (Hôpital Fleurimont), RLS de la Pommeraie (Hôpital Brome Missisquoi Perkins) et RLS Haute-Yamaska (Hôpital de Granby).

La Montérégie compte sept centres de chimiothérapie totalisant 117 fauteuils.

Les fauteuils sont répartis comme suit:

RLS	Hôpital	Nbre de fauteuils
Estrie		
Sherbrooke	Hôpital Fleurimont	33
Pommerai	Hôpital Brome Missisquoi Perkins	7
Haute-Yamaska	Hôpital de Granby	8
Montérégie		
Centre		
Champlain Charles-Le Moyne	Hôpital Charles-Le Moyne	30
Haut-Richelieu-Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu	12
Est		
Richelieu Yamaska	Hôpital Honoré-Mercier	21
Pierre-Boucher	Hôpital Pierre-Boucher	17
Pierre-de-Saurel	Hôpital de Sorel	10
Ouest		
Jardins Roussillon	Hôpital Anna-Laberge	15
Suroît	Hôpital du Suroît	12

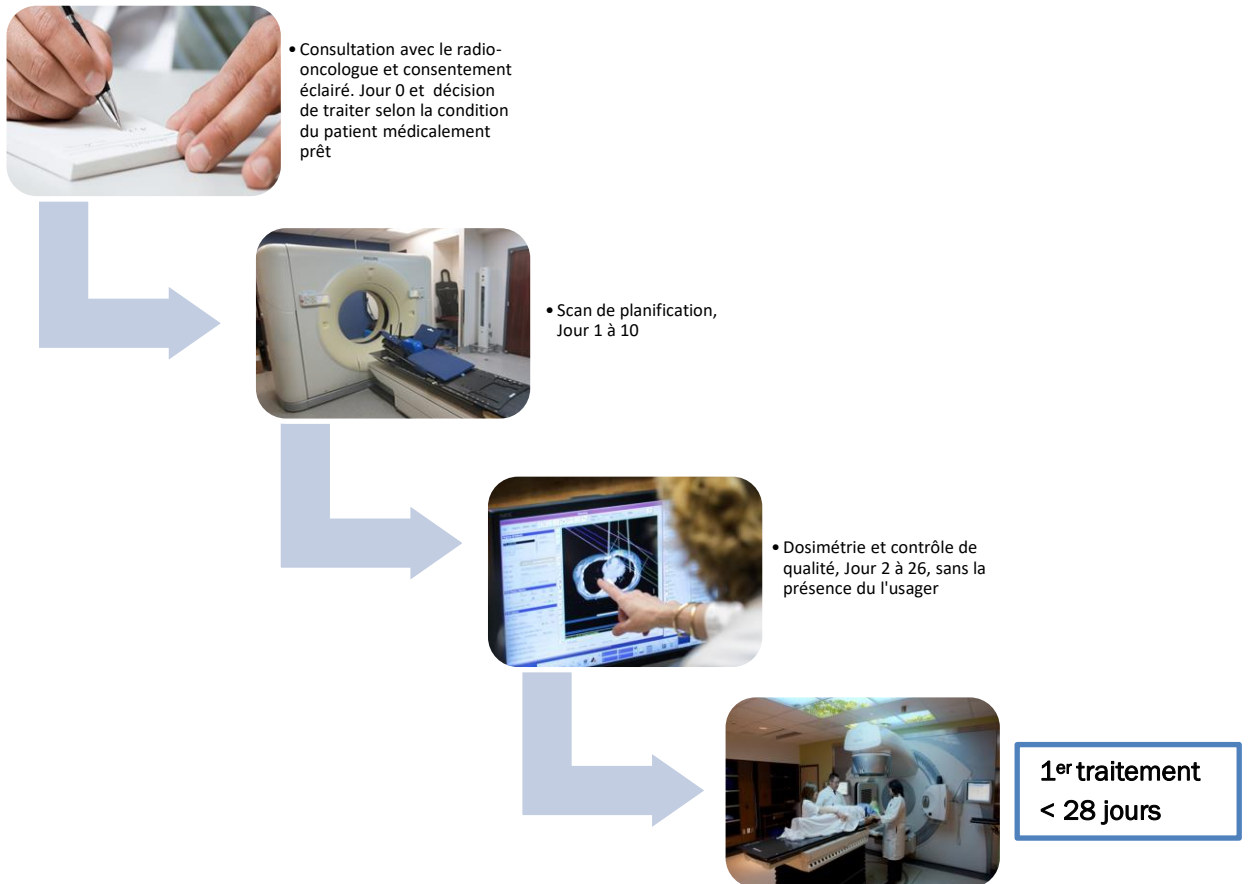
Immunothérapie

Pour certains types de cancer du poumon, l'immunothérapie est administrée seule ou bien en concomitance à la chimiothérapie. Il s'agit aussi d'une alternative très en vogue parmi les recherches cliniques. Elle vise à utiliser les défenses immunitaires du patient contre les cellules cancéreuses. Plusieurs types d'immunothérapies existent et ont des modalités d'actions et des objectifs thérapeutiques différents (contrôle de la prolifération et des symptômes, renforcement du système immunitaire, destruction des cellules cancéreuses). Les principales molécules en immunothérapie se retrouvent également à l'annexe 9.

Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement local et de haute précision utilisant les radiations provenant notamment de rayon X, de rayons gamma, d'électrons afin de détruire les cellules cancéreuses et de faire cesser leur multiplication. La radiothérapie peut être effectuée de façon externe ou interne (curiethérapie). La radiothérapie externe est la plus fréquemment utilisée. Elle peut être utilisée seule ou en combinaison avec un autre type de traitement. Elle est sans douleur pour l'utilisateur et elle requiert un plan personnalisé à chacun des usagers, reproductible sur plusieurs visites de traitements pour l'utilisateur.

Voici une figure démontrant le parcours thérapeutique en radiooncologie avant le premier traitement.



Pour le cancer du poumon, en moyenne, le traitement de radiothérapie externe standard requiert entre 15 et 30 visites de traitements. Ces visites sont appelées des fractions dans le langage de la radiothérapie.

Il existe aussi de la radiothérapie interne appelée **curiethérapie**. Ce type de traitement vise à implanter une source radioactive directement à l'intérieur de l'organisme ou à proximité de la tumeur où elle émettra des rayons très localisés. Dans le cadre du traitement contre le cancer du poumon, il est possible de faire des traitements de curiethérapie intrabronchiques, par exemple.

La cible d'accès ministériel d'accessibilité en radiooncologie est que 90 % des patients médicalement soient traités en moins de 28 jours.

RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE PULMONAIRE

Pour le traitement du cancer du poumon, la radiothérapie stéréotaxique pulmonaire est une réelle révolution thérapeutique ! Il est maintenant possible d'offrir un traitement pour des situations cliniques où l'usager atteint d'un cancer non à petites cellules de stade précoce est inopérable secondairement à des comorbidités ou encore lors d'un refus de chirurgie. Elle est aussi utilisée pour le traitement de métastases. Pour ces situations cliniques où l'observation clinique et l'imagerie de contrôle étaient les seules options, maintenant la radiothérapie stéréotaxique pulmonaire est une avenue possible. Elle offre d'excellents résultats thérapeutiques et particulièrement pour les tumeurs pulmonaires non à petites cellules. Elle est normalement prescrite pour les tumeurs de moins de 5 cm de diamètre.

La radiothérapie stéréotaxique pulmonaire est administrée au service de radiothérapie, sous un accélérateur linéaire standard. Les prescriptions usuelles varient entre 1 à 8 fractions et la planification tient compte du mouvement respiratoire du patient pendant les traitements. La durée des traitements est en moyenne de 30 minutes et les séances sont bien tolérées par l'usager.

En Estrie, la radiothérapie stéréotaxique pulmonaire est offerte à la clientèle depuis 2016. Pour l'année 2021-2022, un total de 187 chirurgies ont été réalisées.

En Montérégie, la radiothérapie stéréotaxique pulmonaire est également offerte à la clientèle depuis 2016. Pour l'année 2021-2022, un total de 118 chirurgies ont été réalisées.

La cible d'accès ministériel d'accessibilité en chirurgie oncologique est que 90 % des patients médicalement prêts soient opérés en moins de 28 jours et 100 % en moins de 56 jours.

Vous pouvez consulter le lien suivant afin d'en apprendre davantage sur l'accès à la chirurgie oncologique au Québec : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/lutte-contre-le-cancer/favoriser-l-acces-aux-soins-et-aux-services/>

RADIOTHÉRAPIE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

Il est malheureusement bien connu que le cancer du poumon migre fréquemment vers la zone du cerveau lorsqu'il se propage à distance. Pour traiter des métastases cérébrales, la radiothérapie offre deux gammes de traitements possibles alternatifs à la chirurgie conventionnelle, soit la radiothérapie standard ou encore, la radiochirurgie cérébrale.

En Estrie, nous comptons sur un appareil dédié aux lésions cérébrales nommées Gamma Knife ou Scalpel Gamma. Il offre une opportunité de traitement en une journée comparativement à la chirurgie conventionnelle qui nécessite une anesthésie, une hospitalisation et une convalescence. Cet appareil est unique en province et l'Estrie offre un service provincial en ce sens au Québec et pour les provinces maritimes.



En Estrie, le service de radiooncologie est présent à l'installation de l'Hôpital Fleurimont et il compte cinq appareils de traitement incluant le Gamma Knife. Un nouvel accélérateur sera ajouté d'ici 2023-2024. La curiethérapie endocavitaire des bronches est disponible.

En Montérégie, le service de radiooncologie est situé à l'installation de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Il compte six accélérateurs linéaires et une suite de curiethérapie moderne des bronches incluant des appareils de résonance magnétique et tomographe dédié. La curiethérapie endocavitaire des bronches est disponible.

INFO-ONCO

La ligne téléphonique « Info-Onco » est une autre initiative du CISSS de la Montérégie-Centre. Ce service, unique au Québec, est accessible à la clientèle en dehors des heures d'ouverture des cliniques ambulatoires d'oncologie et est opéré par des infirmières spécialisées en cancérologie. Il offre des conseils, des renseignements et du soutien permettant aux patients de mieux gérer leurs symptômes. Six infirmières assurent le service et les gardes, assurant ainsi la continuité des 24/7, ce qui permet souvent de réduire les complications et d'éviter une visite à l'urgence de l'hôpital pour les patients.

Un tel service de référencement en cas de question oncologique est aussi accessible via le service *INFO-CANCER* de la Fondation québécoise du cancer (1-800-363-0063). La couverture de ce service est sur semaine, de 9 h à 17 h. Les infirmier(ère)s-pivots en absence ou par fort volume d'activité conseillent toujours la clientèle de se diriger vers cette ressource informationnelle ou encore, le service 811 Info-santé local en premier plan avant de se tourner vers la salle d'urgence la plus près du domicile du patient pour une évaluation de l'état de santé.

Pour faciliter l'accès à un oncologue en cas de gestion des signes et symptômes complexes lors des traitements de chimiothérapie, une clinique de consultation rapide a été mise sur pieds en 2019-2020 à l'Hôpital Fleurimont. Cette clinique vise à évaluer rapidement un usager présentant un portrait clinique préoccupant, en vue d'éliminer une urgence oncologique. Dans le même ordre d'idées, les professionnels sont amenés à prodiguer des conseils de stabilisation de l'état à l'usager et entamer le support requis au besoin vers les plateaux techniques, de la médecine de jour. Cette clinique peut aussi faire transiter l'usager vers une hospitalisation suivant une dégradation de l'état de santé.

SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE

L'agressivité de certains types de cancer du poumon et l'échec des traitements curatifs amènent certains patients à envisager les soins palliatifs. Les soins palliatifs sont prodigués en interdisciplinarité afin d'aider les patients et soutenir les proches aidants dans les difficultés d'ordre physique, psychologique, social, financier ou spirituel.

Les soins palliatifs visent à :

- Soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie, que l'on soit en fin de vie ou non;
- Faire face aux problèmes actuels, en prévenant l'apparition de nouveaux problèmes;
- Favoriser les occasions d'expériences enrichissantes, de croissance personnelle et spirituelle.

En fonction des préférences du patient, de son rythme et de ses désirs en lien avec sa fin de vie, nos organisations travaillent de concert et coordonne avec les acteurs en première ligne les soins requis à domicile de l'usager, en hospitalisation vers des lits dédiés de soins palliatifs ou encore, auprès des maisons de soins palliatifs.

En Estrie, en 2019, une brochure a été conçue « *pour et avec les proches aidants* » en contexte de soins palliatifs. Nommée « Guide de soutien aux proches aidants: Pour ne pas seulement survivre, mais vivre avec qualité », elle s'adresse particulièrement à la clientèle maintenue à domicile. Elle explique bien les hauts et les bas du quotidien du proche aidant, les ressources de disponibles et le cheminement du proche à travers l'épisode de fin de vie de l'être cher.

De plus, une vidéo destinée aux usagers en soins palliatifs et en fin de vie (SPFV) ainsi qu'aux proches aidants a également été diffusée en 2022. Cette vidéo a été créée afin de présenter le parcours ainsi que les différents lieux de fin de vie, c'est-à-dire : à domicile, au centre hospitalier, au centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en maison de soins palliatifs. Cette vidéo se veut exportable à travers le Québec et tous les organismes reliés aux soins palliatifs et de fin de vie ou auprès des personnes proches aidantes. Ces outils sont disponibles en anglais et en français sur le site web de Santé Estrie, section soins palliatifs et de fin de vie : <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/>

En Montérégie, un dépliant « *Accompagner un proche en soins palliatifs ... dans le contexte de la pandémie.* » a été réalisé en juillet 2020. Cette brochure est disponible sur le site suivant : https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2020/07/depliant_soins_pall_pandemie_juillet2020.pdf

En **Estrie**, 65 lits dédiés en soins palliatifs sont disponibles sur tout le territoire. Trois maisons de soins palliatifs sont implantées parmi les RLS du Granit (Maison La Cinquième Saison), RLS de la Pommeraie (Le Diapason) et RLS de Sherbrooke (La Maison Aube-Lumière).

En **Montérégie**, 145 lits dédiés en soins palliatifs sont disponibles sur tout le territoire, soit 105 lits dans des établissements publics et 40 lits au privé/subventionné.

Établissements publics de l'Estrie	Nombre de lits
Hôpital de Granby	6
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	1
Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos	2
Hôpital de Magog	8
CHSLD de Coaticook	2
Hôtel-Dieu de Sherbrooke	20
Établissements privés/subventionnés de l'Estrie	Nombre de lits
Maison Aube-Lumière	12
Maison La Cinquième Saison	6
La Maison Au Diapason	8
Établissements publics de la Montérégie	Nombre de lits
Hôpital Charles-Le Moyne	7
CHSLD Champlain	14
Maison de soins palliatifs de St-Jean	15
Hôpital Anna-Laberge	8
Centre d'hébergement de Laprairie	12
Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc	6
Centre d'hébergement de Huntingdon	2
Hôpital Pierre-Boucher	11
Centre d'hébergement de la MRC d'Acton	1
Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe	12
Centre d'hébergement de Tracy	5
Centre d'hébergement Manoir Trinité	12
Établissements privés/subventionnés de la Montérégie	Nombre de lits
Maison Source Bleue (RLS Pierre-Boucher)	16
Maison Victor Gadbois	12
Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges	12

RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE PULMONAIRE ET ŒSOPHAGIENNE

Au sein du Réseau de cancérologie pulmonaire et œsophagienne Estrie-Montérégie, la recherche est encouragée et soutenue, notamment par la présence des centres de recherche à même les établissements de santé et de services sociaux. Au total, on compte plus d'une centaine de médecins chercheurs et de chercheurs universitaires au sein du Réseau Montérégie-Estrie. Du côté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'organisation détient une désignation universitaire de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. La mission universitaire qui inclut la recherche est donc au cœur même des priorités de l'organisation.

SOUTIEN CLINIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Les projets de recherche sont soutenus par les équipes de recherche œuvrant au sein des infrastructures de recherche. Au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM) comme au Centre de recherche du CHUS (CRC-CHUS), des infirmières, des professionnels de recherche ainsi que des coordonnateurs peuvent soutenir les projets de recherche, en fournissant des ressources et du soutien méthodologique.

De plus, une agente de liaison pour le Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec (Q-CROC) au CRCHUS est mandatée pour soutenir l'optimisation, le recrutement de participants et la qualité de la recherche clinique en oncologie. Le Q-CROC peut aussi soutenir les médecins chercheurs dans le démarrage de projet de recherche.

PARTICIPATION ET RECRUTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE

L'un des principaux défis en recherche clinique est le recrutement d'utilisateurs présentant les critères d'inclusion à l'étude, surtout dans le cadre d'étude visant des populations spécifiques. Afin de favoriser le recrutement d'un côté comme de l'autre, certaines modalités de partage de l'information ont été mises en place afin que les médecins et les chercheurs soient informés des études ayant lieu au sein des différents établissements :

- Les médecins chercheurs sont invités à présenter les études en cours dans leur établissement lors des CDTC ;
- De manière régulière, une infolettre est envoyée par la coordonnatrice de recherche en oncologie pulmonaire du CRCHUS afin d'informer les destinataires (de plusieurs établissements différents) sur les projets de recherche en cours dans notre réseau.

RÉPERTOIRES D'ESSAIS CLINIQUES EN COURS.

Plusieurs organisations répertorient les essais cliniques ouverts et actifs au niveau du recrutement. Ces plateformes permettent de connaître quelles sont les études en cours dans les établissements participants.

Au Québec :

- GEOQ: <https://www.geoq.info/>
- Onco Québec : <https://oncoquebec.com/>

Au Canada :

- Essais canadiens sur le cancer : <http://www.canadiancancertrials.ca>


RECHERCHE ÉVALUATIVE

Actuellement, de nombreuses recherches de type « évaluatif » sont en cours au sein de nos établissements respectifs. Le programme de recherche unique dirigé par Pre Dominique Tremblay en est un bel exemple. Ce programme a pour objectif d'améliorer la lutte contre le cancer et d'optimiser l'expérience de soins des personnes touchées directement et indirectement par cette maladie. Pre Tremblay est titulaire de la Chaire sur l'amélioration de l'efficacité des soins aux personnes atteintes de cancer depuis 2017.

Cette Chaire est le fruit d'un partenariat entre la Fondation Hôpital Charles-Le Moyne, la Fondation de l'Université de Sherbrooke, le Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne ainsi que de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Pre Tremblay et son équipe travaillent en partenariat de longue date avec le CISSS de la Montérégie-Centre ainsi qu'avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce partenariat a pour but de développer, mettre en œuvre et évaluer des interventions qui optimisent les résultats des soins et qui aident les personnes atteintes de cancer et leurs proches à mieux vivre avec et après la maladie.

Les études en cours sont les suivantes :

Chercheur principal	Nom de l'étude
<p data-bbox="164 243 500 275">Mme Dominique Tremblay</p> 	<p data-bbox="555 222 1429 342">Agir ensemble sur la résilience d'équipe au travail en cancérologie pour optimiser la capacité de faire face aux situations difficiles : une étude de cas multiples selon l'évaluation réaliste dans le réseau de cancérologie du Québec</p> <p data-bbox="555 363 1429 483">Gouvernance collaborative du Réseau de cancérologie du Québec: une évaluation réaliste des mécanismes d'institutionnalisation, de la gouvernance multipaliers et de la création de valeur par le biais d'une étude de cas multiples longitudinale</p> <p data-bbox="555 504 1429 594">Optimisation des pratiques cliniques et organisationnelles lors des transitions entre les soins oncologiques et les soins de survivance en première ligne : une évaluation réaliste de cas multiples</p> <p data-bbox="555 625 1429 688">Élaboration et déploiement d'une offre de services communautaire en cancérologie : une évaluation réaliste de cas multiples</p>

Pour en savoir davantage sur ces études, vous pouvez trouver de l'information sur le site web suivant : <https://cancerinnovation.ca/>

RECHERCHE TECHNOLOGIQUE

En mars 2021, le MSSS a confirmé son soutien pour le projet de télésoins à domicile (TSD) en oncologie – suivi des symptômes et des effets secondaires. Ce projet pilote se déroule dans nos deux organisations. Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un total de 356 rencontres virtuelles a été réalisé de janvier 2021 à mai 2022 dans le cadre de ce projet.

Dans le même ordre d'idées, la réalisation de ce projet porteur pour nos patients atteints du cancer ayant recours à la médication antinéoplasique administrée par voie orale (MAVO) est d'une grande utilité pour notre réseau de santé et de services sociaux. L'association de la technologie des télésoins à domicile aux services déjà offerts par les professionnels et les usagers ainsi que s'assurer d'une rétroaction à l'usager en temps opportun est une vitrine innovante pour les participants et participantes. Il permet également à l'usager d'avoir accès à une bibliothèque suggestive d'autosoins.

Pour en savoir davantage sur les projets de recherche technologique en cours au CIUSSS de l'Estrie – CHUS en cancérologie pulmonaire et œsophagienne, vous pouvez trouver de l'information sur le site web suivant : <https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/>

RECHERCHE FONDAMENTALE

En ce qui concerne la recherche fondamentale, celle-ci permet, entre autres, de : « *mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de la biologie du cancer, d'intégrer les connaissances fondamentales aux applications cliniques et développer de nouvelles stratégies diagnostiques et approches thérapeutiques* » (Centre de recherche du CHUS, 2023).

En 2021, Dr Ayman Oweida, chercheur fondamental au centre de recherche du CHUS, a obtenu la bourse « QRHN » pour son étude « *Targeting regulatory T cells for enhance radiotherapy response in lung squamous cell carcinoma* ». Les travaux de Dr Oweida visent à « *améliorer la compréhension des radiations sur le micro-environnement tumoral et de développer des stratégies afin de mitiger les effets négatifs des radiations sur la progression tumorale et l'apparition de métastases* » (Université de Sherbrooke, 2023). Pour en savoir davantage sur les projets de recherche technologique en cours au CIUSSS de l'Estrie – CHUS en cancérologie pulmonaire et œsophagienne, vous pouvez trouver de l'information sur le site web suivant : <https://www.crchus.ca/axes-de-recherche/cancer-biologie-pronostic-et-diagnostic>

RESSOURCES DU PROGRAMME

RESSOURCES HUMAINES

L'équipe interdisciplinaire en cancer du poumon du réseau Estrie-Montérégie est composée des ressources multidisciplinaires suivantes :

	Montérégie	Estrie
Ergothérapeute	√	√
Chirurgien thoracique	√	√
Conseillère-cadre en soins infirmiers	√	√
Infirmière de liaison	-	-
Biologiste moléculaire	√	√
Infirmière en recherche clinique	√	√
Infirmière aux services ambulatoires de chimiothérapie et radiothérapie	√	√
Infirmière clinicienne en chirurgie thoracique	√	-
Infirmière clinicienne au guichet d'investigation pulmonaire	√	√
Infirmière en unités de soins	√	√
Infirmière en soins palliatifs	√	√
Infirmière-pivot en oncologie pulmonaire	√	√
Inhalothérapeute	√	√
Intensiviste	√	√
Intervenant en soins spirituels	√	√
Intervenant en cessation tabagique	√	√
Généticien	√	√
Nucléiste	√	√
Médecin de famille	√	√
Médecin spécialisé en soins palliatifs	√	√
Nutritionniste	√	√
Pathologiste	√	√
Pharmacien	√	√
Physiothérapeute	√	√
Physicien médical	√	√
Pneumologue	√	√
Pneumologue spécialisé en bronchoscopie d'intervention	√	√
	Montérégie	Estrie
Pneumologue spécialisé en oncologie thoracique	√	√
Psychiatre	√	√

Psychologue en cancérologie	√	√
Sexologue	√	√
Radiologiste	√	√
Radiologiste d'intervention	√	√
Radio-oncologue	√	√
Registraire en oncologie;	√	√
Technologiste en laboratoire	√	√
Technologue en imagerie médicale	√	√
Technologue en radiothérapie	√	√
Travailleur social	√	√
Bénévole	√	√

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE PULMONAIRE

L'expertise présente au sein du réseau Estrie-Montérégie permet d'offrir des soins et des services surspécialisés de grande qualité. Les différents médecins et professionnels du réseau travaillent en collaboration étroite afin d'assurer une continuité entre les différentes interventions. Vous trouverez au travers de la prochaine section une présentation par ordre alphabétique de plusieurs types de professionnels impliqués dans les soins et services offerts aux usagers ainsi qu'à leurs proches.

Bénévole

Le soutien et l'aide apportée par les bénévoles sont essentiels et permettent d'améliorer l'expérience, l'écoute et la qualité de vie des patients et de leurs proches. Ils sont présents tout au long de la trajectoire de soins et de services, principalement lors des traitements et des soins palliatifs et de fin de vie. Les bénévoles soutiennent la clientèle notamment en les aidant dans l'orientation dans nos services, en leur remettant de la documentation pertinente en lien avec le cancer et guider vers les ressources communautaires appropriées.

Conseillère-cadre en soins infirmiers en cancérologie

La conseillère-cadre en soins infirmiers en cancérologie est une experte-clinique et assure un suivi de la qualité des soins et des services sur l'ensemble de la trajectoire. Elle analyse à l'aide de données probantes, planifie, développe et implante de nouvelles pratiques cliniques (ex. : outils, approches, programmes, protocoles, nouvelles organisations de travail, etc.) en co-construction avec les équipes en cancérologie et soins palliatifs. Elle a aussi des activités de recherche et d'enseignement.

Équipe médicale

Afin de composer avec la complexité du diagnostic et du traitement du cancer pulmonaire, une équipe médicale composée de pneumologues, pneumologues interventionnistes, pneumologues spécialisées en oncologie, radio-oncologues, oncologues médicaux et internistes en investigation pulmonaire accompagne les usagers et leurs proches. Ces spécialistes peuvent également œuvrer dans les sphères de l'enseignement, de la recherche ainsi que de la gestion en milieu hospitalier.

Généticien

Le généticien recueille les informations médicales du patient ayant développé un cancer et présentant des signes cliniques évocateurs d'une prédisposition génétique. Il reconstitue son histoire personnelle et familiale et construit l'arbre généalogique de la famille. Au regard de l'ensemble de ces informations, le risque de cancer du patient est évalué et un test génétique est éventuellement prescrit. Le travail du généticien ne cesse de se développer vers un support clinique à la prédictibilité de succès des traitements chez les usagers face à certains traitements d'immunothérapie ou de thérapie ciblée.

Infirmière clinicienne au guichet d'investigation pulmonaire

En période d'investigation, des infirmières cliniciennes dédiées à la trajectoire poumon coordonnent le processus d'investigation et aide à la préparation des usagers aux différents examens diagnostiques. Elles travaillent en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et l'équipe médicale, principalement avec les pneumologues. Elles collaborent à l'identification d'une problématique au niveau pulmonaire du début des symptômes jusqu'au début des traitements selon un respect des délais prescrits. Elles assurent une vigie du parcours et des délais d'investigation. Elles accompagnent les personnes et leurs proches durant le parcours d'investigation par soutien, enseignement et gestion des symptômes. Elles réfèrent à l'infirmier(ère)-pivot en oncologie les personnes et leurs proches présentant des besoins particuliers et nouvellement diagnostiqués du cancer.

À court terme, nous visons à parfaire les conseils de cessation tabagique à partir de nos GRIP et offrir un meilleur soutien psychosocial en phase d'investigation. Des outils d'évaluation reconnus en approche oncogériatrique devraient également être utilisés dès l'inscription des usagers âgés à nos guichets afin d'évaluer les risques et bénéfices de l'investigation et des traitements contre le cancer afin d'améliorer et personnaliser nos soins aux usagers.

Infirmière clinicienne en suivi de chirurgie thoracique

L'infirmière clinicienne en chirurgie thoracique est une gestionnaire de cas qui participe activement au bon déroulement du parcours de soins pour la clientèle ayant une chirurgie thoracique qui nécessite un suivi étroit.

- Elle rencontre les patients avant l'opération afin de les soutenir, de leur enseigner et de les aider dans leur préparation à la chirurgie. Elle oriente la personne et leurs proches vers les intervenants appropriés selon leurs besoins;
- Elle facilite la coordination des examens complémentaires préparatoires à la chirurgie et la consultation médicale avec le chirurgien;
- Elle effectue un suivi postopératoire à la suite de la chirurgie (ex. : évaluation de l'état général, niveau de douleur, la gestion des symptômes, etc.) et assure au besoin un suivi par les médecins spécialistes et les équipes de premières lignes (ex. : CLSC, GMF, etc.).

Infirmière en oncologie

L'infirmière en oncologie prend soin des personnes atteintes de cancer ou d'affections hématologiques. Elle effectue une évaluation globale de la santé de son patient, la gestion des symptômes du cancer et des effets secondaires des traitements. Elle soutient la personne et ses proches, fait de l'enseignement et facilite la continuité des soins (oriente vers les différents services professionnels de l'hôpital ou des services du CLSC). Elle peut œuvrer dans les centres de chimiothérapies, en radiooncologie ou encore dans les unités d'hospitalisation dédiées à la cancérologie.

Infirmière de recherche en oncologie

L'infirmière de recherche en oncologie assume la responsabilité de projets de recherche clinique et académique dans le respect d'un cadre légal et éthique de recherche tout en protégeant l'intégrité physique, sociale et psychologique des individus qui s'y prêtent. De manière générale, l'infirmière applique

et organise les protocoles de recherche en oncologie qui lui sont assignés et doit bien en connaître les critères d'éligibilité ainsi que leurs modalités afin de demeurer alerte pour identifier les déviations au protocole ainsi que tout incident ou risque de complications potentielles.

Elle présente les consentements des protocoles aux patients et à leur famille et assure le suivi des patients selon les exigences des protocoles et de l'établissement. Elle accomplit également des tâches administratives et assure la liaison entre le chercheur, le patient et la compagnie pharmaceutique et transmet toute information ou document requis.

Infirmière-pivot en oncologie

Les infirmières-pivots en oncologie sont des personnes-ressources pour l'utilisateur et ses proches de l'annonce du diagnostic jusqu'aux transitions vers les soins palliatifs, les soins de fin de vie ou la survivance. Les IPO s'assurent de la continuité des soins et des services selon les besoins, les valeurs et les choix des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Les IPO travaillent en collaboration avec les professionnels de l'équipe interdisciplinaire de cancérologie et avec les partenaires du réseau pour la résolution de situations complexes. Ses principales activités sont :

- Évaluation initiale des besoins biopsychosociaux et des ressources de la personne nouvellement diagnostiquée et de ses proches;
- Évaluation et gestion des symptômes complexes tout au long du continuum de soins;
- Collaboration à l'élaboration ou à la mise à jour du plan d'intervention interdisciplinaire et individualisé, du plan thérapeutique infirmier et agit comme une personne de référence;
- Information et enseignement ayant trait à la maladie, aux symptômes, aux traitements, à la gestion des effets secondaires, aux ressources et aux autosoins.

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA)

Des réflexions provinciales et des travaux portés par le PQC conjointement avec la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS ont été publiés afin de faciliter l'accueil et maximiser la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes (IPSSA) en cancérologie. Par ses compétences en pratique infirmière avancée, l'IPSSA collabore à la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer au travers d'une approche holistique. L'IPSSA est amené à travailler en complémentarité avec les différents professionnels de l'équipe multidisciplinaire, et ce, avec pour objectif d'améliorer l'accessibilité des services ainsi que la qualité des soins prodigués. Enfin, en raison de son champ d'exercices élargi, l'IPSSA est en mesure de suivre une clientèle spécifique avec des problèmes de santé complexes en cancérologie.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-902-09W.pdf>

Nutritionniste

Les personnes atteintes de cancer peuvent présenter plusieurs symptômes causés par les traitements pouvant mener à une dénutrition. Un soutien nutritionnel est souvent nécessaire dans ce type de situation. La nutritionniste en oncologie participe activement au maintien de la santé et des capacités nutritionnelles de l'utilisateur durant les traitements actifs contre le cancer. Les interventions peuvent être préventives ou curatives en fonction du besoin et de la situation de chaque individu : ex : dysphagie, perte de poids, œsophagite radique, etc.

De façon plus spécifique, elle évalue l'état nutritionnel de la personne et élabore un plan nutritionnel personnalisé à la situation de patient et en assure le suivi dans le temps et avec les ressources en première ligne.

Intervenant psychosocial

Avoir un diagnostic de cancer est éprouvant et amène son lot de changements et d'adaptation dans la vie des patients. Afin de faciliter ce passage, des intervenants psychosociaux soutiennent les patients et leur famille pendant leur parcours de soins curatif ou palliatif. Voici quelques exemples d'intervenants psychosociaux qui interviennent régulièrement auprès de la clientèle en cancérologie : travailleurs sociaux, psychologues, sexologues, etc.

Globalement, cette gamme de professionnels agit ainsi :

- Ils soutiennent les patients à travers les différentes problématiques rencontrées (détresse, adaptation à la maladie, problèmes familiaux, épuisement des proches, besoin d'hébergement ou problèmes financiers, se préparer au deuil de l'être cher);
- Ils évaluent les besoins de la clientèle et les réfèrent aux ressources appropriées tels que des organismes communautaires, l'hébergement en fonction de l'état de santé de la personne, les programmes de soutien financier disponibles ou de dernier recours, etc.;
- Ils accompagnent la quête spirituelle des patients, dans le respect de leurs valeurs et croyances;
- Ils soutiennent soutenir le patient et son partenaire dans la récupération de la santé sexuelle.

Patient partenaire

Une nouvelle ère dans les services de support se dessine avec des implications de patient partenaire dans nos continuums de soins et services. Plusieurs usagers ayant complété leurs traitements ont envie de partager et contribuer au réseau par leur savoir expérientiel et nous aider à créer le réseau de demain. Une complémentarité des rôles est évidente avec le travail des cliniciens pour répondre à de multiples besoins des usagers dont nous ne pouvons entièrement répondre avec les ressources en place et la chronicité du cancer. Jumelage entre individus, écoute active en phase d'investigation ou suivant le début des traitements sont des opportunités où la contribution des patients partenaires peut soutenir nos interventions et nous aider à faire mieux pour les usagers et leurs proches.

Ils agissent aussi à titre de consultants au sein de nos comités de gestion en cancérologie en agissant comme porte-parole des personnes touchées par le cancer. Ils sont partis prenantes lors de la prise de décision et ils nous supportent dans diverses révisions des processus et de travaux d'amélioration des soins et services.

Pharmacien en oncologie

Le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe d'oncologie et des traitements contre le cancer. Par sa spécialisation en cancérologie, au quotidien, il contribue notamment à la prestation de service par les rôles suivants :

- Rencontrer les patients recevant une thérapie antinéoplasique, idéalement avant le début du traitement ainsi que lors de tout changement de protocole de traitement, pour un enseignement et des conseils individualisés quant à sa thérapie et son mode d'administration,
- Concevoir un plan de surveillance globale de la thérapie contre le cancer, le mettre en application et en établir les indicateurs de suivi pour tous les patients recevant ce médicament;
- Assurer le suivi requis de la molécule prescrite, notamment en ce qui a trait à l'apparition des effets indésirables, ou s'assure d'une prise en charge conjointe en collaboration avec les IPO;
- Avoir accès aux analyses de laboratoire pour effectuer la surveillance globale de la thérapie administrée en collaboration avec les IPO et l'équipe médicale;
- Initier des traitements médicamenteux qui concernent, entre autres, la thérapie de soutien ou ajuster, de concert avec l'oncologue, le plan de traitement et la dose prescrite;
- Évaluer et valider l'ordonnance de médicaments anticancéreux avant d'en autoriser le service, en ce qui concerne, entre autres :
 - le protocole de traitement;
 - le diagnostic;
 - le profil pharmacologique;
 - le dossier du patient;
 - les résultats des analyses de laboratoire;
 - les paramètres cliniques, si pertinents.
- Procéder à une réévaluation de l'ordonnance à chaque cycle de traitement.

Physicien médical

En radiooncologie, le physicien médical agit tel un gardien de la qualité envers les plans de traitements et les prescriptions médicales désirées afin que celles-ci soient offertes avec l'assurance de conformité sur nos appareils de traitements utilisant des radiations ionisantes. Son travail est similaire à celui du pharmacien pour les administrations de traitements systémiques, mais dans un milieu alliant science et technologie. Même s'il est très peu en contact direct avec les patients, son travail est essentiel pour leur santé, puisqu'il permet d'éviter un sous-dosage ou un surdosage de radiations ionisantes et de limiter les risques de radiation des organes proches de la zone à traiter.

Professionnel en réadaptation physique

Les ergothérapeutes et physiothérapeutes en oncologie jouent un rôle important dans le maintien, la récupération et l'amélioration de la force physique à la suite du déconditionnement. Ils évaluent et suggèrent des mécanismes de compensation et du fonctionnement quotidien auprès des patients atteints de cancer, et ce, dès le congé suivant la chirurgie thoracique. Ils travaillent de concert avec la clientèle à dresser des objectifs d'amélioration de la qualité de vie, de sécurité et d'autonomie des patients.

De manière globale, les professionnels en réadaptation physique :

- Adaptent le milieu de vie du patient pour mieux répondre à sa condition physique;
- Suggèrent des stratégies et exercices afin de soulager la douleur ou maintenir la force physique,
- Évaluent la fonction pulmonaire et développent des programmes de réadaptation individualisée (par des physiothérapeutes spécialisés en soins respiratoires).

Registraire en oncologie

Le réseau de la santé doit compter sur un personnel compétent et qualifié en oncologie pour recueillir, saisir et transmettre les informations pertinentes de la trajectoire des usagers vers le Registre québécois du cancer. Les registraires en oncologie jouent un rôle de première importance dans les mécanismes de surveillance et de lutte contre le cancer mis en place par des organismes nationaux et la qualité de nos données locales et populationnelles. Non seulement assument-ils la gestion des systèmes de bases de données, mais ils participent aussi activement au contrôle de la qualité des données recueillies.

Technologue en radiooncologie

Le technologue en radiooncologie travaille en étroite collaboration avec de nombreux spécialistes, et en particulier avec les médecins radio-oncologues et les physiciens médicaux. Son rôle consiste à planifier les traitements et traiter les usagers avec des radiations ionisantes. Plus particulièrement, le technologue en radiooncologie planifie le traitement en effectuant un examen de tomодensitométrie pour localiser avec précision la tumeur ou la cavité tumorale et les organes normaux qui l'entourent. Il effectue également des plans dosimétriques afin de calculer la dose de radiation et sa distribution dans l'organe à traiter en prenant soin de ne pas surdoser ou sous-doser des organes à risque ou des organes avoisinants à la région à traiter. Il fabrique, s'il y a lieu, des accessoires personnalisés destinés à protéger certaines parties du corps ou à maintenir une position stable pendant le traitement. Il accueille et installe l'utilisateur sous l'appareil de traitement avec grande minutie pour sa séance quotidienne et il surveille le déroulement du traitement en continu pendant l'irradiation. Tout au long des séances de traitements, il accompagne l'utilisateur afin de noter l'évolution des effets secondaires et psychologiques.

PARTENAIRES À NOS SOINS ET SERVICES ET RESSOURCES DANS LA COMMUNAUTÉ

Médecin de famille

Le médecin de famille occupe un rôle important dans la promotion et la prévention du cancer du poumon. Par son approche préventive, il peut questionner le patient sur ses habitudes de vie et l'encourager à modifier celles-ci au besoin. Le médecin de famille joue aussi un rôle dans le début de l'investigation, en étant souvent celui qui décèle des changements dans la santé générale de ses patients. Il permet d'orienter les patients vers les bons spécialistes, vers nos GRIP et d'assurer une prise en charge globale et un suivi de cette clientèle. Il doit également rester dans la boucle du parcours de soins du patient pour ses besoins de santé non reliés au cancer et dans les transitions vers les soins palliatifs, s'il y a lieu.

Pharmacien communautaire

Le pharmacien communautaire a pour responsabilité d'assurer la sécurité des patients lors de la prise de médicaments prescrits ou en vente libre, et de valider les interactions potentielles pour l'utilisateur. Au besoin, le pharmacien communique avec le médecin traitant ou avec le pharmacien en oncologie afin d'ajuster la posologie, gérer les effets secondaires des médicaments et informer l'utilisateur.

Organisme communautaire

Le travail en partenariat avec le milieu communautaire est essentiel et permet d'offrir une offre de services complémentaire et diversifiée. En fonction de leur mission, ils offrent différents services tels que le répit, l'aide à domicile, du soutien financier, certains services spécialisés tant en période de prévention qu'en phase de traitement ou de soins palliatifs. Ils offrent des groupes de soutien indispensables pour la clientèle. Nos partenaires ont une place importante dans la phase active des traitements et aussi de survivance de nos usagers.

Proche aidant

Un proche aidant se définit comme : « toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non » (MSSS, 2021). Pour la plupart des proches aidants, ce rôle va de soi et ils considèrent que soutenir leur proche est normal considérant la nature de leur relation. Il ne faut toutefois pas sous-estimer tout le travail qu'amène ce rôle qui demande souvent de jongler avec plusieurs responsabilités pouvant avoir des répercussions sur leur quotidien.

Le réseau Estrie-Montérégie favorise le développement d'initiatives permettant de soutenir les proches aidants, que ce soit en les orientant vers les ressources communautaires appropriées ou bien en les outillant afin de faciliter l'appropriation de leur nouveau rôle.

RESSOURCES MATÉRIELLES ET TECHNOLOGIQUES (INVENTAIRE DES PLATEAUX)

Bien que notre vision clinique du réseau Estrie-Montérégie vise une meilleure intégration des soins, services et pratiques afin de mieux desservir la clientèle atteinte de cancer, il demeure tout un défi parmi nos CISSS et CIUSSSE de s'arrimer localement du point de vue technologique depuis la transformation du réseau de la santé de 2015. Pour le moment, nos activités cliniques ou comités réseau conjoints sont planifiés selon les thématiques par visioconférence, disponibles sur toutes les installations de nos deux régions.

POUR LE CIUSSSE DE L'ESTRIE – CHUS

Des systèmes informatiques experts indépendants sont en place afin de gérer les rendez-vous, les traitements et l'inventaire en oncologie. Le service de radiooncologie utilise le logiciel MOSAIQ pour son

flux d'activité, soutenu par un logiciel transitoire historique au service nommé *Socrate*. Pour le volet dosimétrique, le parc technologique a été remplacé par le logiciel *Raysearch* en hiver 2019-2020. Les trois services de chimiothérapie en Estrie ont intégré les activités et programmations cliniques de rendez-vous via le dossier clinique informatisé *Ariane*. Un logiciel novateur nommé *Onco-Expert* est aussi utilisé pour la prescription électronique surtout, mais son expansion est à prévoir dans nos centres entre autres pour la gestion des temps de chaise.

POUR LE RCM DE LA MONTÉRÉGIE

Pour la Montérégie-Centre, une réelle intégration de la donnée informatique a été réfléchi et implantée dès les débuts du CICM. Le logiciel *MOSAIQ* assure la continuité des services et activités parmi toute la trajectoire ambulatoire de cancer pour l'Hôpital Charles-Le Moyne. Tous les intervenants peuvent donc profiter de la même information en temps réel et ainsi simplifier les multiples processus internes opérationnels, de qualité ou d'expérience usager. La plateforme *MedIQ* est aussi utilisée pour la gestion des traitements de chimiothérapie au CICM.

REGISTRE DU CANCER (RQC)

Le RQC sert principalement à générer nos données d'incidence et de mortalité par cancer au Québec. Il a amorcé ses opérations en janvier 2011 avec l'ajout des cas déclarés via les rapports de pathologie. Cette source de déclaration s'ajoute à *Med-Écho*, au fichier des décès et aux cas déclarés hors province. Cet ensemble assure au RQC une déclaration plus exhaustive des cas de cancer dans la population québécoise, ainsi qu'une plus grande précision de certains éléments de donnée comme la date du début de la maladie. De multiples données complémentaires sont aussi saisies à la base de données, notamment le stade de la maladie au moment du diagnostic, la date de la première ligne de traitements reçus ou encore, la date de récurrence. Ces données cliniques centralisées au registre de cancer nous permettent une juste évaluation de notre performance des services donnés à la population.

La base de données du RQC est disponible au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebécois-services/donnees-cancer>

La Direction québécoise de cancérologie a donné le ton à l'harmonisation provinciale de la saisie de données et d'un registre de cancer unique et robuste parmi les utilisateurs en province. Pour réaliser cet objectif qualité, un appel d'offres provincial a été lancé afin de créer un partenariat pour les 10 prochaines années avec un logiciel maître et le processus post-adjudication a reconnu le partenaire *SARDO*. À la suite de ce processus, un plan d'action provincial de migration et fusion des registres locaux a été établi, prioritairement pour les centres n'utilisant pas le logiciel *SARDO*, tel que l'installation de l'Hôpital Fleurimont, en Estrie.

En effet, au **CIUSSS de l'Estrie – CHUS**, trois registres locaux de cancers étaient implantés, entre autres, à l'Hôpital de Granby, l'Hôpital BMP et l'Hôpital Fleurimont CHUS. À l'heure actuelle, la migration au logiciel *SARDO* a été réalisée pour les installations de Sherbrooke, de même que la fusion des trois bases au sein de la zone ouest. Ces derniers utilisaient déjà *SARDO*, comme la grande majorité du Québec également. Chaque installation possède leurs registraires : une à l'Hôpital de Granby, une à l'Hôpital BMP et 4 à l'Hôpital Fleurimont. Tous saisissent les données selon le nouveau cadre de référence du PQC de 2018 dont la formation aux utilisateurs a été offerte en automne 2019.

Au **CISSS de la Montérégie-Centre**, des registres locaux de cancer (RLC) sont en place dans les deux hôpitaux du CISSS depuis plus de 10 ans, soit avant le développement du registre québécois du cancer. Trois registraires en oncologie travaillent à HCLM, et une à HRR. Depuis le 1er janvier 2011, tous les patients nouvellement diagnostiqués ou traités dans un des hôpitaux sont déclarés au Registre québécois du cancer (RQC) par les archivistes et registraires en oncologie formées selon les normes et standards du RQC. Les registraires saisissent l'information qui est codée et transmise pour 28 variables portant sur les personnes atteintes et les différents cancers. Pour les principaux sièges tumoraux (sein, prostate, poumon, côlon-rectum), qui représentent environ la moitié de tous les cas de cancer, une cinquantaine de champs supplémentaires sont saisis.

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

Le tableau suivant présente une synthèse des principaux indicateurs qui sont utilisés afin de suivre et contrôler nos résultats en cancérologie pulmonaire et œsophagienne.

.....

Les indicateurs ont été adoptés par le comité de supervision de l'entente au terme de la première année. Le tableau de bord conjoint est appelé à se développer au fil de la maturité des pratiques en réseau et de ses enjeux vécus, des sondages auprès des usagers sur la qualité perçue et des priorités du MSSS.

INDICATEURS DE QUALITÉ, PERSPECTIVE NATIONALE

Le comité national de gouverne des réseaux de cancérologie pulmonaire et œsophagienne porte également la réflexion depuis l'hiver 2019-2020 afin de mettre sur pieds de nouveaux indicateurs de qualité, autre que ceux tournés vers l'accessibilité. Ces indicateurs de qualité seraient déployés à travers l'ensemble des réseaux pulmonaires du Québec et donneraient le ton à cette démarche de qualité et de performance aux futurs réseaux de cancérologie à déployer. Les indicateurs seraient variés et représentatifs de la trajectoire de cancérologie pulmonaire et œsophagienne en entier, allant du dépistage-investigation jusqu'à la prise en charge en soins palliatifs ou le décès.

DÉFIS ET PERSPECTIVES

Fier de ce premier jalon passé à instaurer les balises de notre travail en réseau afin de créer une gouvernance bien vivante, partager des processus informationnels et de qualité, apprendre et collaborer à développer un leadership clinique complémentaire et les compétences de nos ressources, notre carnet de travail demeure toujours bien garni de réalisations à venir.

L'ouverture manifestée par les collaborateurs de nos établissements, la responsabilisation hiérarchisée de chacune des parties impliquées et l'assise de canaux de communications efficaces pour un travail en réseau sont définitivement nos forces et leviers à un travail conjoint au profit de la clientèle touchée par le cancer maintenant et pour le futur.

VOLET CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

- Piloter les délais d'accès à la chirurgie thoracique de notre réseau et assurer une complémentarité interréseau en cas de situations urgentes ou plan de contingence à prévoir;
- S'assurer que le temps opératoire et les effectifs médicaux sont suffisants pour répondre au volume de chirurgies, et ce, selon les cibles ministérielles.

VOLET DÉPISTAGE ET INVESTIGATION

- Développer un créneau réseau et un leadership partagé sur le volet habitudes de vie et la cessation tabagique en collaboration avec nos directions cliniques et de santé publique;
- Collaborer au groupe de travail ministériel entourant le futur programme de dépistage en cancer du poumon au Québec;
- Suivre le portrait de la population et la prévalence du cancer du poumon au fil de mises à jour du RQC.

VOLET COMPLÉMENTARITÉ DU RÉSEAU

- Planifier des ententes de gestion ou des corridors de soins et de services selon les besoins exprimés entre les régions afin de garantir la continuité des soins et des services tout au long de la trajectoire et diminuer les délais pour la clientèle, par exemple, le Tep scan;
- Évaluer les plans de contingence en investigation spécialisée du réseau : EBUS-BTT, etc.;
- S'assurer que nos offres de soins et services sont en adéquation avec les besoins de la population et la capacité de nos ressources humaines et techniques. Faire les représentations nécessaires, s'il y a lieu, auprès du MSSS;
- Maintenir un haut niveau de compétences en oncologie pulmonaire parmi notre personnel dédié (IPO, infirmier(ère) en investigation, soins psychosociaux) et former nos référents et utilisateurs du réseau dès la première ligne.

ENJEUX EN LIEN AVEC CLIENTÈLE

- Détection de la détresse et prise en charge afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et leurs proches;
- Maintenir une expérience usager positive et faire participer de patients partenaires à travers nos développements et innovations cliniques du réseau;
- Travailler à développer une approche anticipée en soins palliatifs en cancer pulmonaire et mieux intégrer cette pratique en interdisciplinarité;
- Repérer dès la phase d'investigation les usagers ayant un profil gériatrique afin d'ajuster avec soins leurs plans de traitements selon leur état ou leur volonté.
- Mieux préparer nos usagers à la phase de survivance du cancer.

ENJEUX DE GESTION

- Fidéliser la clientèle selon les corridors de services convenus par notre réseau;
- Suivre les travaux menant au financement à l'activité en oncologie et prévoir les enjeux ou demandes conjointes à porter;
- Maintenir une équité et demeurer agile entre notre vision d'excellence en oncologie, et ce, au travers des défis affectant les capacités organisationnelles telles que la main-d'œuvre, la saturation de nos équipements spécialisés, la modernisation des pratiques cliniques à soutenir, et ce, dans une perspective d'équité collective des soins.

ENJEUX LIÉS À LA QUALITÉ

- Développer, suggérer et mettre en place de nouveaux indicateurs de qualité selon les balises initiées du national et au fil de l'harmonisation provinciale des registres de cancer locaux sous la plateforme SARDO
- Soutenir la tenue de nouveaux indicateurs de qualité pertinents, mais orphelins parmi nos systèmes.
- Développer l'informatisation et le suivi en temps réel de nos délais d'investigation en temps réel pour les usagers pris en charge par le GRIP.

ANNEXES

Annexe 1 : Représentation visuelle de nos territoires respectifs

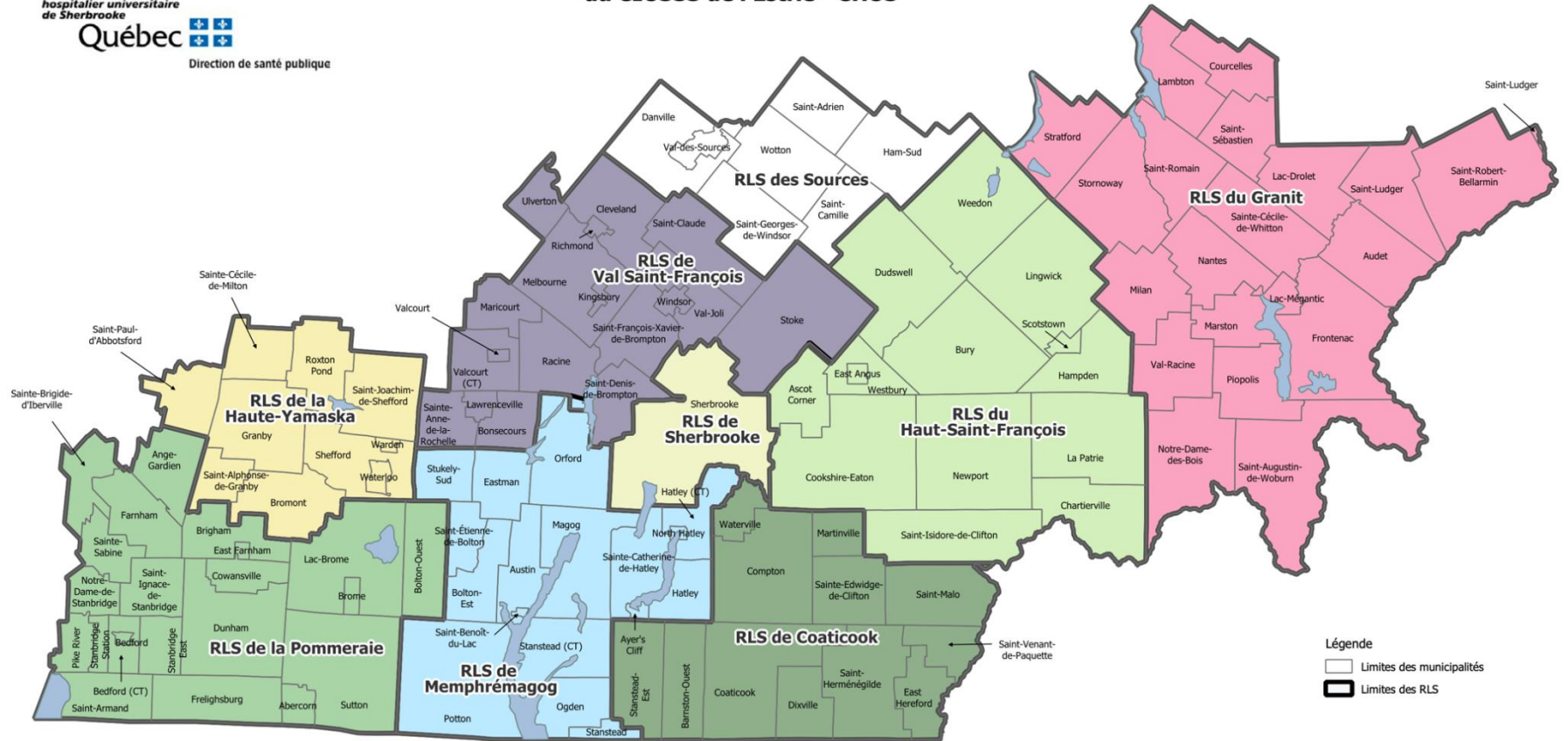
Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



Québec

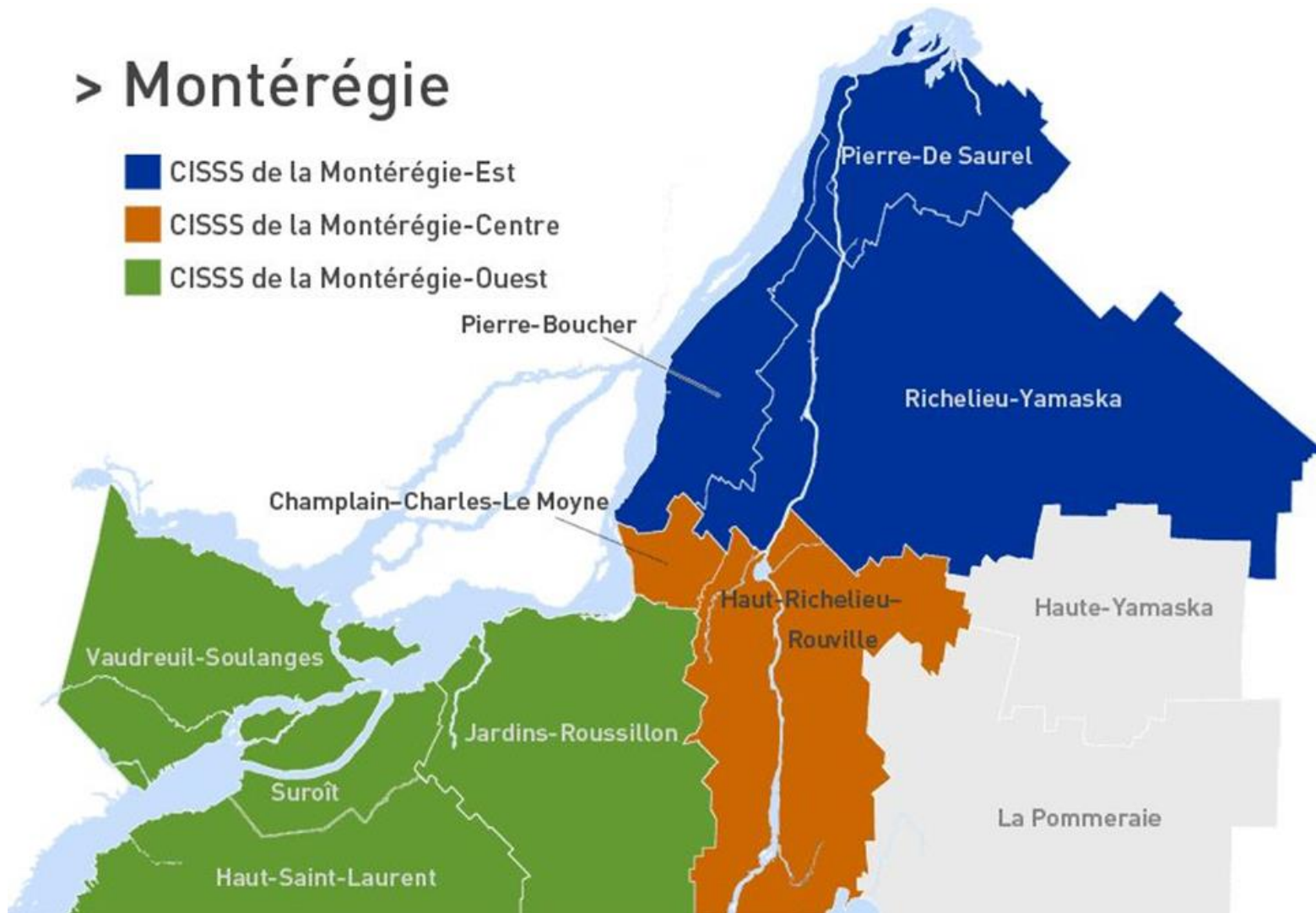
Direction de santé publique

Municipalités et territoires des réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS



> Montérégie

- CISSS de la Montérégie-Est
- CISSS de la Montérégie-Centre
- CISSS de la Montérégie-Ouest

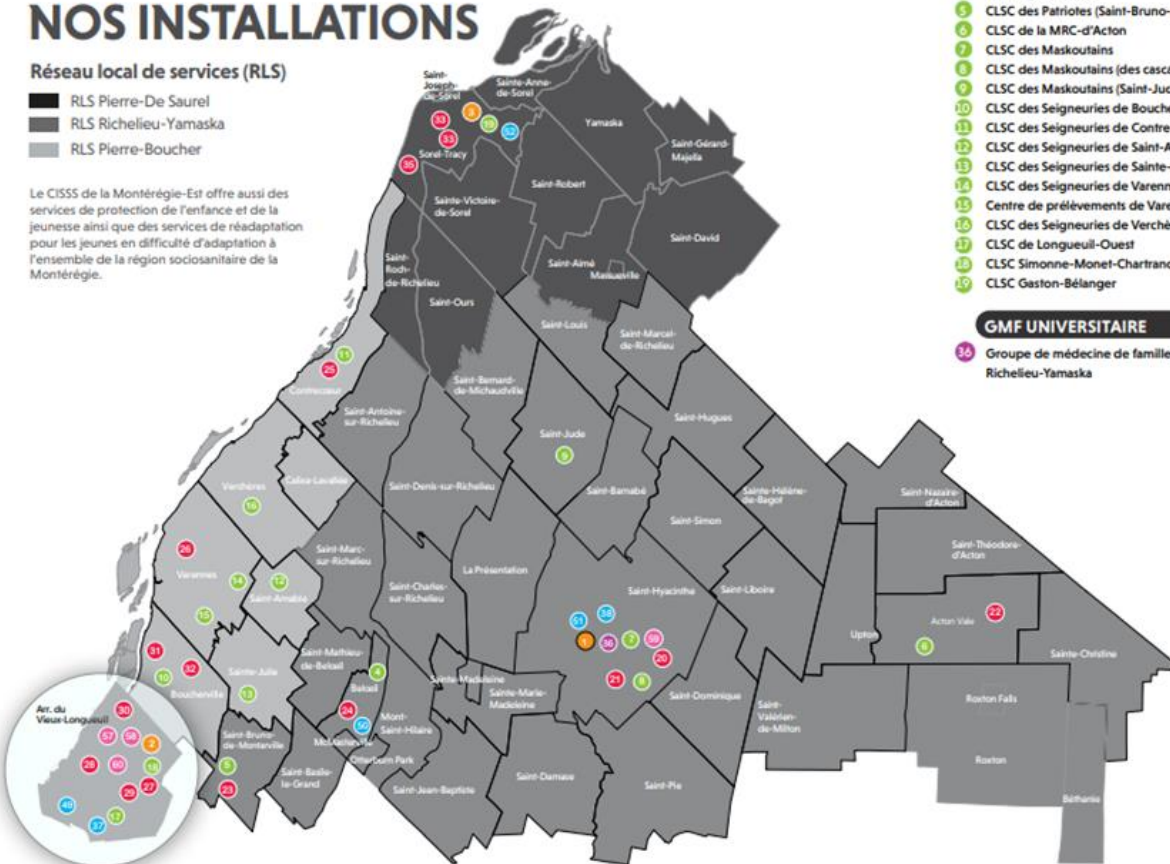


NOS INSTALLATIONS

Réseau local de services (RLS)

- RLS Pierre-De Saurel
- RLS Richelieu-Yamaska
- RLS Pierre-Boucher

Le CISSS de la Montérégie-Est offre aussi des services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que des services de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation à l'ensemble de la région sociosanitaire de la Montérégie.



Installations des services jeunesse situées à l'intérieur du territoire du CISSS, localisées en Montérégie.



*Installations ne figurant pas sur le carte afin de conserver la confidentialité de leur emplacement.

HÔPITAUX

- 1 Hôpital Honoré-Mercier et siège social
- 2 Hôpital Pierre-Boucher
- 3 Hôtel-Dieu de Sorel

CLSC

- 4 CLSC des Patriotes
- 5 CLSC des Patriotes (Saint-Bruno-de-Montarville)
- 6 CLSC de la MRC-d'Acton
- 7 CLSC des Maskoutains
- 8 CLSC des Maskoutains (des cascades)
- 9 CLSC des Maskoutains (Saint-Jude)
- 10 CLSC des Seigneuries de Boucherville
- 11 CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
- 12 CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
- 13 CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
- 14 CLSC des Seigneuries de Varennes
- 15 Centre de prélèvements de Varennes
- 16 CLSC des Seigneuries de Verchères
- 17 CLSC de Longueuil-Ouest
- 18 CLSC Simone-Monet-Chartrand
- 19 CLSC Gaston-Bélanger

GMF UNIVERSITAIRE

- 20 Groupe de médecine de famille universitaire Richelieu-Yamaska

CENTRES D'HÉBERGEMENT

- 20 Centre d'hébergement Andrée-Perrault
- 21 Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
- 22 Centre d'hébergement de la MRC-d'Acton
- 23 Centre d'hébergement de Montarville
- 24 Centre d'hébergement Marguerite-Adam
- 25 Centre d'hébergement De Contrecoeur
- 26 Centre d'hébergement De Lajemmerais
- 27 Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
- 28 Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis
- 29 Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
- 30 Centre d'hébergement René-Lévesque
- 31 Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
- 32 CHSLD des Seigneurs
- 33 Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance
- 34 Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau
- 35 Centre d'hébergement de Tracy

SERVICES JEUNESSE

- 37 Campus de Longueuil (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 38 Campus de Saint-Hyacinthe (réadaptation en internat)
- 39 Campus de Chambly (réadaptation en internat)
- 40 Campus de Valleyfield (réadaptation en internat et services psychosociaux)
- 41 Foyer l'Envol et l'Aquarelle (réadaptation en internat)*
- 42 Foyer l'Orchidée (réadaptation en internat)*
- 43 Foyer l'Équipée (réadaptation en internat)*
- 44 Foyer l'Explorateur (réadaptation en internat)*
- 45 Foyer le Voilier (réadaptation en internat)*
- 46 Foyer l'Escargot (réadaptation en internat)*
- 47 Foyer le Colibri (réadaptation en internat)*
- 48 Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation du Parc*
- 49 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Longueuil)
- 50 Centre de services psychosociaux (Beloëil)
- 51 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Hyacinthe)
- 52 Centre de services psychosociaux (Sorel-Tracy)
- 53 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Châteauguay)
- 54 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Saint-Jean-sur-Richelieu)
- 55 Centre de services psychosociaux (Vaudreuil-Dorion)
- 56 Centre de services de réadaptation externes et services psychosociaux (Valleyfield)

CENTRES ADMINISTRATIFS

- 57 Centre administratif Adoncour
- 58 Centre administratif du Tremblay
- 59 Centre administratif Gauthier
- 60 Centre administratif Roland-Therrien

Carte du CISSS de la Montérégie-Centre

HÔPITAUX

- 1 Hôpital Charles-Le Moyne
- 2 Hôpital du Haut-Richelieu

CLSC

- 3 CLSC & Aire ouverte de la rue Champlain
- 4 CLSC Cousineau
- 6 CLSC de Henryville
- 6 CLSC de la Vallée-des-Forts
- 7 CLSC de Saint-Césaire
- 8 CLSC de Saint-Hubert
- 9 CLSC du Richelieu
- 10 CLSC Samuel-de-Champlain

CHSLD

- 11 CHSLD Champagnat
- 12 CHSLD Champlain
- 13 CHSLD Docteur-Chevrier

- 14 CH
- 15 CH
- 16 CH
- 17 CH
- 18 CH
- 19 CH

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE (GMF-U)

- 20 GMF-U Charles-Le Moyne
- 8 GMF-U de Saint-Hubert
- 21 GMF-U de Saint-Jean-sur-Richelieu

INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE (INLB)

- 6 INLB à Saint-Jean-sur-Richelieu
- 22 INLB D'Assigny
- 23 INLB Jean-Briant
- 24 INLB Place Alton-Goldbloom
- 25 INLB Radisson
- 26 INLB Saint-Charles Ouest

AUTRES LIEUX DE SOINS ET DE SERVICES

- 20 Centre de services ambulatoires Charles-Le Moyne
- 27 Centre de services ambulatoires de Greenfield Park
- 28 Centre de services ambulatoires de la rue Beauregard

AUTRES LIEUX DE SOINS ET DE SERVICES (suite)

- 26 Centre de services ambulatoires Saint-Charles Ouest
- 33 Centre de services pour les aînés de Saint-Lambert
- 34 Clinique des Jeunes du Bassin de Chambly
- 35 Foyer de groupe Brodeur
- 36 Maison de naissance du Richelieu
- 37 Point de chute de Lacolle (service de prélèvements)
- 38 Ressource en soins palliatifs
- 39 Service régional Info-Santé et Info-Social de la Montérégie

AUTRES LIEUX OÙ TRAVAILLENT NOS ÉQUIPES

- A Services administratifs
- B Groupe biomédical Montérégie (GBM)
- G Groupes de médecine de famille
- I Direction des ressources informationnelles de la Montérégie
- L Direction régionale des laboratoires - Optilab
- P Clinique de pédiatrie sociale



CISSS de la Montérégie-Ouest

Vaudreuil-Soulanges

- 1 CLSC de Rigaud
- 2 CLSC et Centre de services ambulatoires de Vaudreuil-Dorion – GMF de Vaudreuil-Soulanges
- 3 CLSC de Saint-Polycarpe – GMF de Vaudreuil-Soulanges
- 4 Centre d'hébergement et CLSC de Coteau-du-Lac
- 5 GMF-R des Trois Lacs
- 6 GMF-R Vaudreuil-Dorion
- 7 GMF Pincourt
- 8 GMF Rigaud
- 9 GMF (à venir)

Suroît

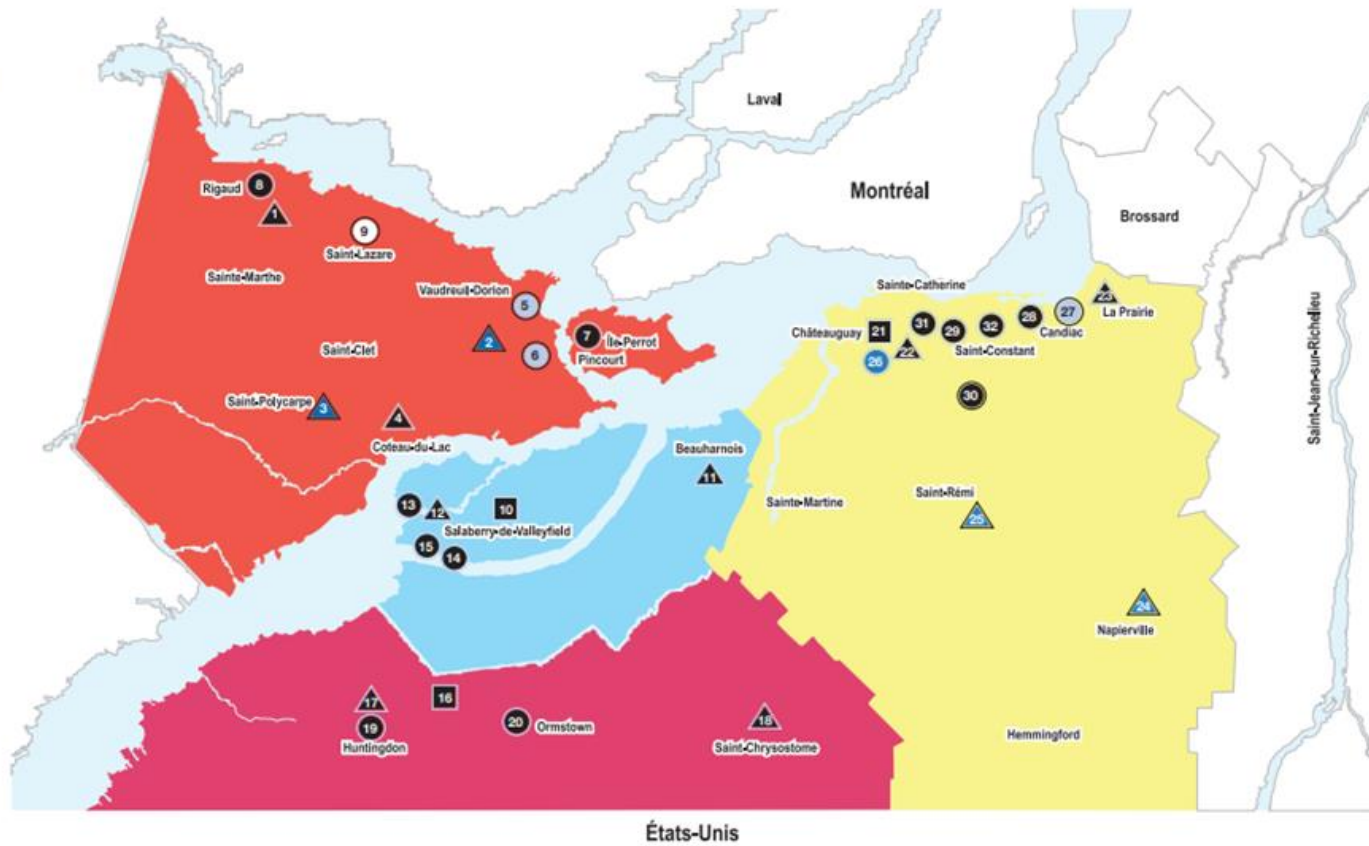
- 10 Hôpital du Suroît
- 11 CLSC de Beauharnois
- 12 CLSC de Salaberry-de-Valleyfield
- 13 GMF du Lac Saint-François
- 14 GMF Salaberry
- 15 GMF des Bâtisseurs

Haut-Saint-Laurent

- 16 Hôpital Barrie Memorial
- 17 CLSC de Huntingdon
- 18 CLSC de Saint-Chrysostome
- 19 GMF du Haut-Saint-Laurent
- 20 GMF Ormstown

Jardins-Roussillon

- 21 Hôpital Anna-Laberge
- 22 CLSC Châteauguay
- 23 CLSC Kateri
- 24 CLSC et GMF Jardin-du-Québec – Napierville
- 25 CLSC et GMF Jardin-du-Québec – Saint-Rémi
- 26 GMF-U Jardins-Roussillon
- 27 GMF-R Le Trait d'Union
- 28 GMF Carrefour Santé Le Saint-Laurent
- 29 GMF Les Jardins
- 30 GMF Mercier
- 31 GMF Roger Laberge
- 32 GMF Saint-Constant



États-Unis

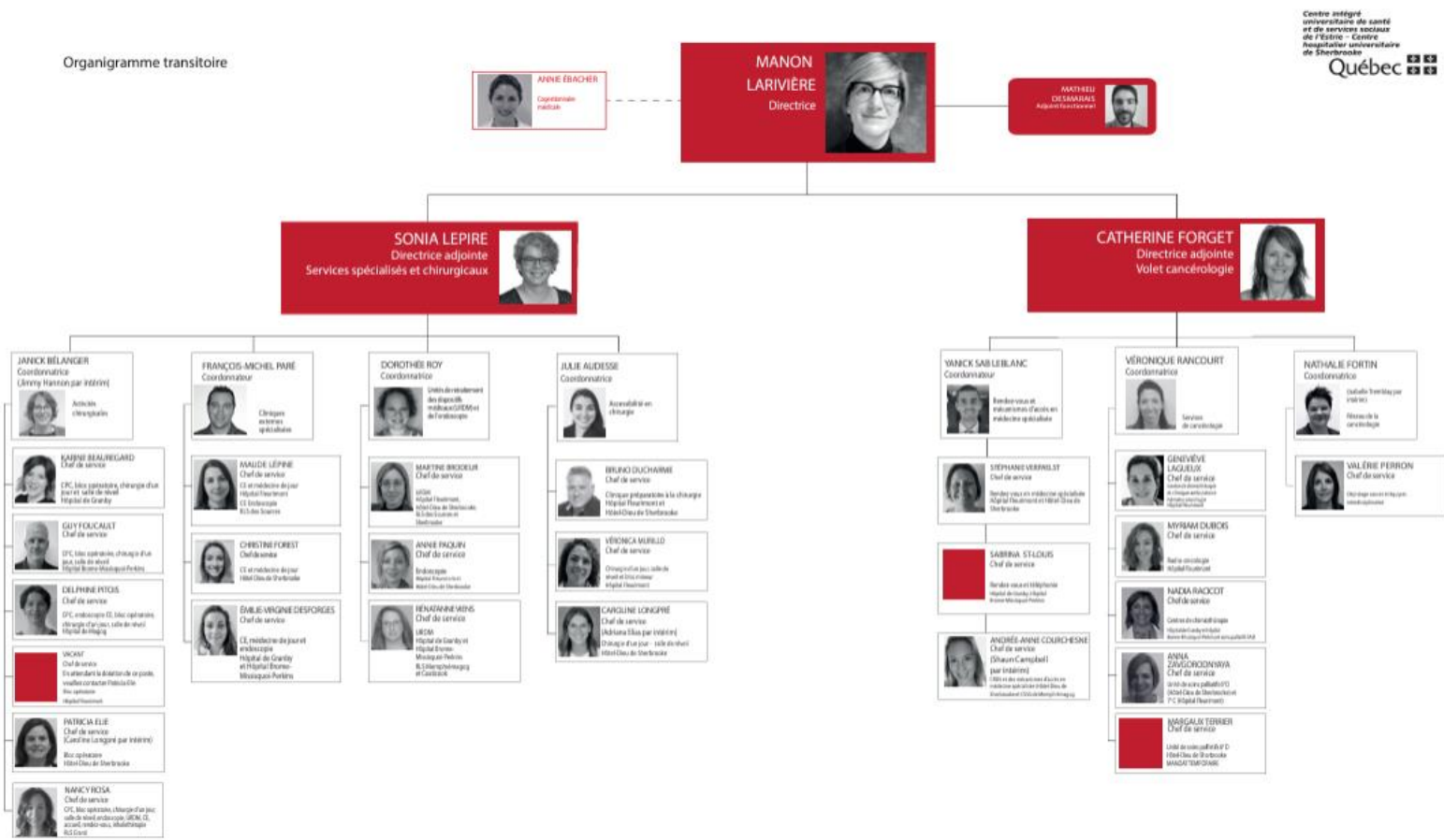
Légende

- GMF
- GMF et clinique-réseau
- GMF à venir
- GMF-U
- Hôpital
- ▲ CLSC
- ▲ CLSC/GMF intramural

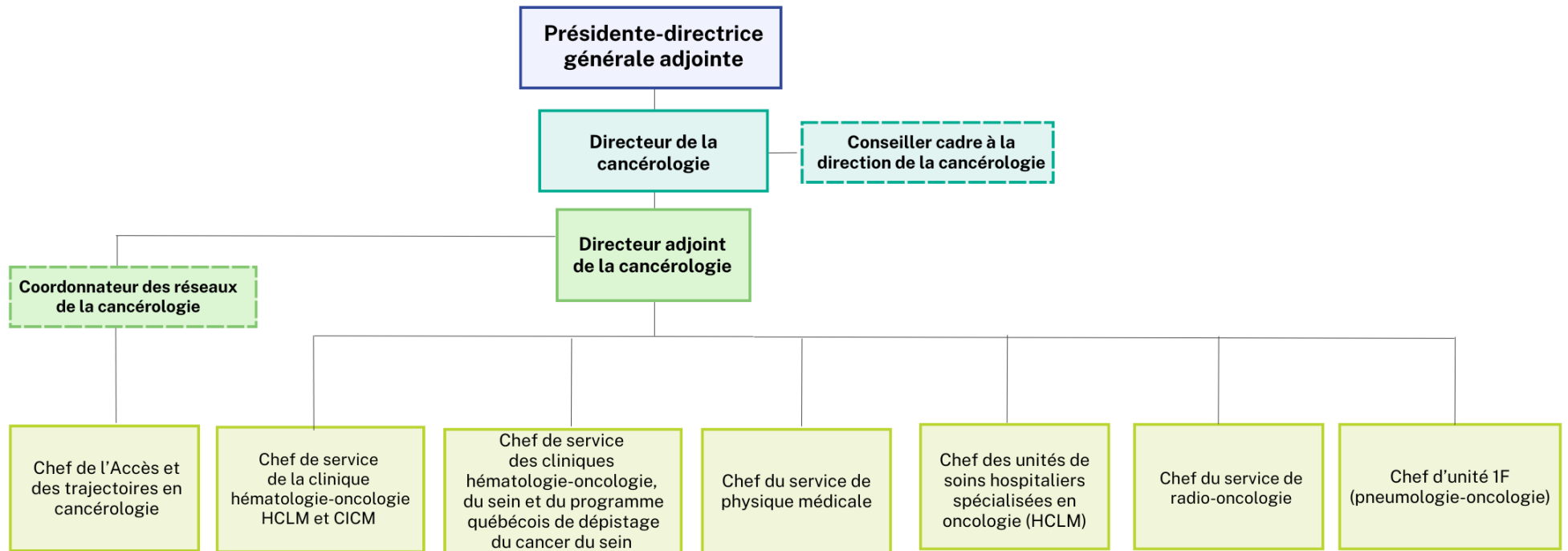
Annexe 2 : Organigrammes des directions en oncologie

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

ORGANIGRAMME - DIRECTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS, CHIRURGICAUX ET DE CANCÉROLOGIE



CISSS de la Montérégie-Centre



Annexe 3 : Fréquence des CDTC

CDTC en poumon pour la Montérégie

Installation	Fréquence
Hôpital Charles-Le Moyne	Bimensuel
Hôpital du Haut-Richelieu	21 rencontres au courant de l'année
Hôpital Pierre-Boucher	Bimensuel
Hôpital Honoré-Mercier	À chaque trois semaines
Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel	Occasionnel

CDTC en poumon pour l'Estrie

Installation	Fréquence
Hôpital Fleurimont	Hebdomadaire

Télécopie

DEMANDE DE PARTICIPATION À

UN COMITÉ DU DIAGNOSTIC DU TRAITEMENT DES CANCERS (CDTC) AU CHUS

Numéro de télécopieur : **(819) 348-3799** Nombre de pages incluant celle-ci : ____

Cochez votre choix	Nom du CDTC	Horaire du CDTC	Date limite d'envoi Incluant les documents d'archives
<input type="checkbox"/>	Gastrooncologie	Lundi 16 h 30	Avec CD d'imagerie et documents pertinents 7 jours ouvrables, avant 15 h Sans CD d'imagerie, mais avec documents pertinents 3 jours ouvrables, avant 15 h.
<input type="checkbox"/>	Neurooncologie	Mardi 12 h	
<input type="checkbox"/>	Urooncologie	Mardi 16 h 30	
<input type="checkbox"/>	Sein	Mercredi 16 h 30	
<input type="checkbox"/>	Pneumooncologie	Jeudi 7 h 45	
Nom du médecin présentant le cas :			
Nom du patient :		Prénom du patient :	
Date de naissance :		Numéro de dossier CHUS :	
RAMQ :		Numéro de téléphone du patient :	
Renseignement clinique :			

URGENT <input type="checkbox"/>			

M É M O

- La discussion d'un cas en CDTC **nécessite l'obtention du consentement du patient.**
CE CONSENTEMENT DOIT ÊTRE **CONSIGNÉ AU DOSSIER.**
- Faire transférer les images radiologiques pertinentes au système PACS du CHUS.
- Télécopier les résultats d'examens pertinents annexés à cette page (voir liste des documents nécessaires selon les comités).

Prière de noter que les discussions de cas des demandes reçues après la date limite d'envoi se feront au prochain CDTC. De plus, s'il y a trop de cas pour le temps alloué dans un même comité, certains cas seront priorisés et d'autres reportés au besoin.

Vous recevrez un courriel pour vous confirmer la liste des cas qui seront présentés. Dans la mesure du possible, nous tenterons de présenter votre cas en premier à l'horaire prévu du jour.

CE DOCUMENT CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS. Si vous en prenez connaissance, sans justification, vous êtes tenus au secret professionnel et, par cet avis, vous êtes informés que toute utilisation, reproduction ou distribution est interdite. Si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur identifié ci-dessus.

Version Novembre 2023

1. Cas ne correspondant pas clairement à une conduite thérapeutique recommandée à l'intérieur du guide de pratique « Approche d'investigation et algorithme de traitement et de suivi de la néoplasie pulmonaire au CHUS »

Questions sur le diagnostic

2. Présentation clinique atypique
3. Interrogation à savoir si une biopsie par EBUS est possible si la localisation n'est pas à un endroit de ponction usuelle
4. Interrogation à savoir s'il y a possibilité de BTT dans les cas où la localisation de la lésion est difficile ou des vaisseaux/emphysème/fibrose augmentent le risque de complication
5. Doute sur le choix de la meilleure approche diagnostique dans le contexte de sites difficiles d'accès ou à risque de complications par biopsie
6. Difficulté à établir le stade TNM
7. Patient avec nouvelle comorbidité synchrone interférant avec la trajectoire d'investigation et de traitement d'une lésion pulmonaire
8. Évaluation de la pertinence de l'intensité d'investigation dans un contexte d'oncogériatrie selon les options thérapeutiques qui en découleront

Questions sur l'approche curative

9. Adénocarcinome in situ multicentrique
10. Séquence de traitement pour des néoplasies synchrones
11. Évaluation s'il y a possibilité technique de résection chirurgicale
12. Candidat (e) à la chirurgie avec tests de fonction respiratoire limite

13. Évaluation de la possibilité de résection pour des cas de NSCLC de stade II-III A sélectionnés pour déterminer l'éligibilité à un traitement néo-adjuvant ou adjuvant
14. Certains cas de patient(e) s âgé(e)s avec comorbidités présentant une néoplasie non à petites cellules de stade précoce, discussion du choix thérapeutique soit la résection cunéiforme par thoracoscopie, la segmentectomie ou lobectomie, la radiothérapie fractionnée, la radiochirurgie, la cryothérapie ou l'observation
15. Certains cas de nodule pulmonaire sans diagnostic histopathologique
16. Carcinome non à petites cellules TxN+M0
17. Discussion de la possibilité de traiter par radiochimiothérapie concomitante lorsque les TFR sont limités ou que la maladie est très étendue (étendue des champs de radiothérapie limitée)
18. Discussion de la possibilité d'offrir une radio-chimiothérapie concomitante pour un(e) patient(e) de NSCLC de stade IIB non opérable
19. Choix d'approche thérapeutique dans un contexte néoplasie chez un(e) patient(e) avec fibrose pulmonaire
20. Confirmation d'indication de chimiothérapie adjuvante si le cas n'est pas un stade II ou III ou s'il y a des comorbidités significatives
21. Évaluation de l'indication de traitements néoadjuvants
22. Évaluation de l'indication de radiothérapie post-opératoire
23. Cas nécessitant une discussion quant à la séquence de traitements adjuvants

Question sur l'approche palliative

24. Patient(e) avec maladie oligométastatique de néoplasie d'origine pulmonaire
25. Patient(e) avec atteinte pulmonaire oligométastatique secondaire
26. Patient(e) avec oligoprogression
27. Discussion sur l'approche palliative idéale pour des cas difficiles

Approches alternatives

28. Discussion selon le meilleur plan de traitement à proposer aux patients dans une approche adaptée aux besoins et valeur de la personne, ses objectifs de vie ou une approche oncogériatrique centrée sur l'humanisme et la pertinence.

29. Proposition de traitement alternatif dans le cadre d'une difficulté d'accessibilité particulière tel qu'une difficulté d'approvisionnement à un médicament

Question sur le suivi

28. Analyse de suivi radiologique difficile et conduite de suivi

Autres

29. Cas de pneumonite sous immunothérapie

30. Conduite pour une masse médiastinale sans diagnostic histopathologique

31. Cas de thymome

32. Cas de tumeur thoracique rare

33. Autres

**Comité des thérapies du cancer
Présentation de cas**

Date :

Présentateur :

Hématologie Sein Poumon Digestif Gynécologie ORL Thyroïdien

Urologie : Prostate Rein Vessie Autre : _____ Urgent

Si cas de prostate : Gleason _____ PSA : _____

Comorbidités : _____

Base d'information :

Questions :

Discussion :

Plan :

Signature du secrétaire de la réunion : _____

c.c. médecin traitant : _____

Annexe 4 : Programmation des dernières journées scientifiques

Édition 2019

HORAIRE DE LA JOURNÉE

8 h	Accueil des participants
8 h 30	Mot de bienvenue
8 h 40	<i>Quelques enjeux nutritionnels liés au traitement du cancer pulmonaire</i> M. Benoit Bertrand, nutritionniste, Centre intégré de cancérologie de la Montérégie
9 h 25	<i>Radiothérapie stéréotaxique au poumon. La révolution.</i> Dr Marc-Émile Plourde, radio-oncologue, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
10 h 05	Pause et visite des exposants
10 h 25	<i>La science derrière le cannabis</i> Dre Mélissa Généreux, directrice de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Dr Pavel Pertchenko, médecin spécialisé en soins palliatifs, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
11 h 20	<i>Survol des traitements et du pronostic des patients avec CPNPC avancés</i> Dre Dominique Toupin, hémato-oncologue, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
12 h	Dîner, visite des exposants et réseautage
	Atelier 1
13 h	<i>A - Comprendre, prévenir et traiter la douleur en chirurgie thoracique</i> Dr Éric Fréchette, chirurgien thoracique, Centre intégré de cancérologie de la Montérégie <i>B - Protocole de détresse respiratoire : réflexion sur nos pratiques</i> M. Mathieu Berteau, pharmacien, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
	Atelier 2
13 h 45	<i>C - Gestion des cathéters pleuraux tunnelisés</i> Dr Frédéric McGovern, pneumologue d'intervention, CIUSSS de l'Estrie – CHUS <i>D - Accompagnement des personnes immigrantes en fin de vie</i> Mme Javorka Zivanovic Sarenac, doctorante en travail social, Université de Sherbrooke
14 h 30	Pause
15 h	<i>Quoi faire quand vous entendez : « J'en peux plus... je veux que ça finisse. »</i> Dr Carl Bromwich, médecin spécialisé en soins palliatifs, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
16 h	<i>Dépistage et avenir en cancer pulmonaire</i> Dre Nicole Bouchard, pneumologue spécialisée en oncologie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
16 h 45	Mot de clôture
17 h	Fin de la journée scientifique et début du coquetel

HORAIRE DE LA JOURNÉE

- 8 h** Accueil des participants
- 8 h 30** Mot de bienvenue, par D^{re} Nathalie Daaboul du CISSS de la Montérégie-Centre
- 8 h 45** *Approche globale d'évaluation et d'intervention auprès des personnes âgées atteintes d'un cancer,*
par M. Didier Mailhot-Bisson, de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), et M. Xavier Giroux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- 9 h 45** Pause et visite des exposants
- 10 h 15** *Approche oncogériatrique intégrée,*
par Sonia Joannette et Marie-Josée Courval du CISSS de la Montérégie-Centre
- 11 h** *Traiter mieux : réflexions éthiques et cliniques autour de la pertinence de nos soins et de nos services,*
par Nathalie Fortin et Nathalie Tremblay du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- 12 h** Dîner, visite des exposants et réseautage
- 13 h 15** *Oncogériatrie - impact en oncologie pulmonaire,*
par D^{re} Annie Lacerte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- 14 h 30** Pause et visite des exposants
- 15 h** *Atelier et panel de discussion interdisciplinaire autour de cas cliniques en oncogériatrie, cancer pulmonaire,*
par D^{re} Flavia De Angelis, Mme Line Perreault et Marie-Hélène Hardy, du CISSS de la Montérégie-Centre et par Thomas Joly-Mishclich et Naomi Dufour, du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- 16 h 15** Mot de clôture, par D^{re} Myriam Bouchard du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- 16 h 30** Coquetel et réseautage

Annexe 5 : Plan de formation continue

Formation continue Montérégie

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

- › Cancer du sein, poumon et colorectal
- › Introduction à la radiooncologie
- › Gestion des symptômes en soins palliatifs et en soins de fin de vie
- › Approche et accompagnement des personnes touchées par le cancer
- › Administration et surveillance d'agents antinéoplasiques
- › Introduction à la cancérologie
- › Approche palliative intégrée
- › Aide médicale à mourir
- › D'autres formations sont également offertes en soirée, sous forme de soupers-conférences, avec le soutien de partenaires pharmaceutiques.

Afin d'obtenir davantage d'information vis-à-vis ces formations, un portail est disponible au lien suivant : www.lercm.ca

L'Estrie et la Montérégie siègent sur le comité de formation continue en cancérologie qui a débuté en novembre 2021. Le comité a pour mission de :

- › Développer une vision commune de la formation en cancérologie destinée aux professionnels du RSSS en collaboration avec les autres comités du CNC-RCQ.
- › Assurer une concertation réseau en matière de formation continue partagée (FCP) en cancérologie destinée aux professionnels du Réseau de Santé et des Services sociaux (RSSS) sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).
- › Partager les informations et promouvoir le co-développement avec les équipes FCP.
- › Diffuser et faire valoir les formations continues développées dans le réseau pouvant être pertinentes au domaine de la cancérologie.

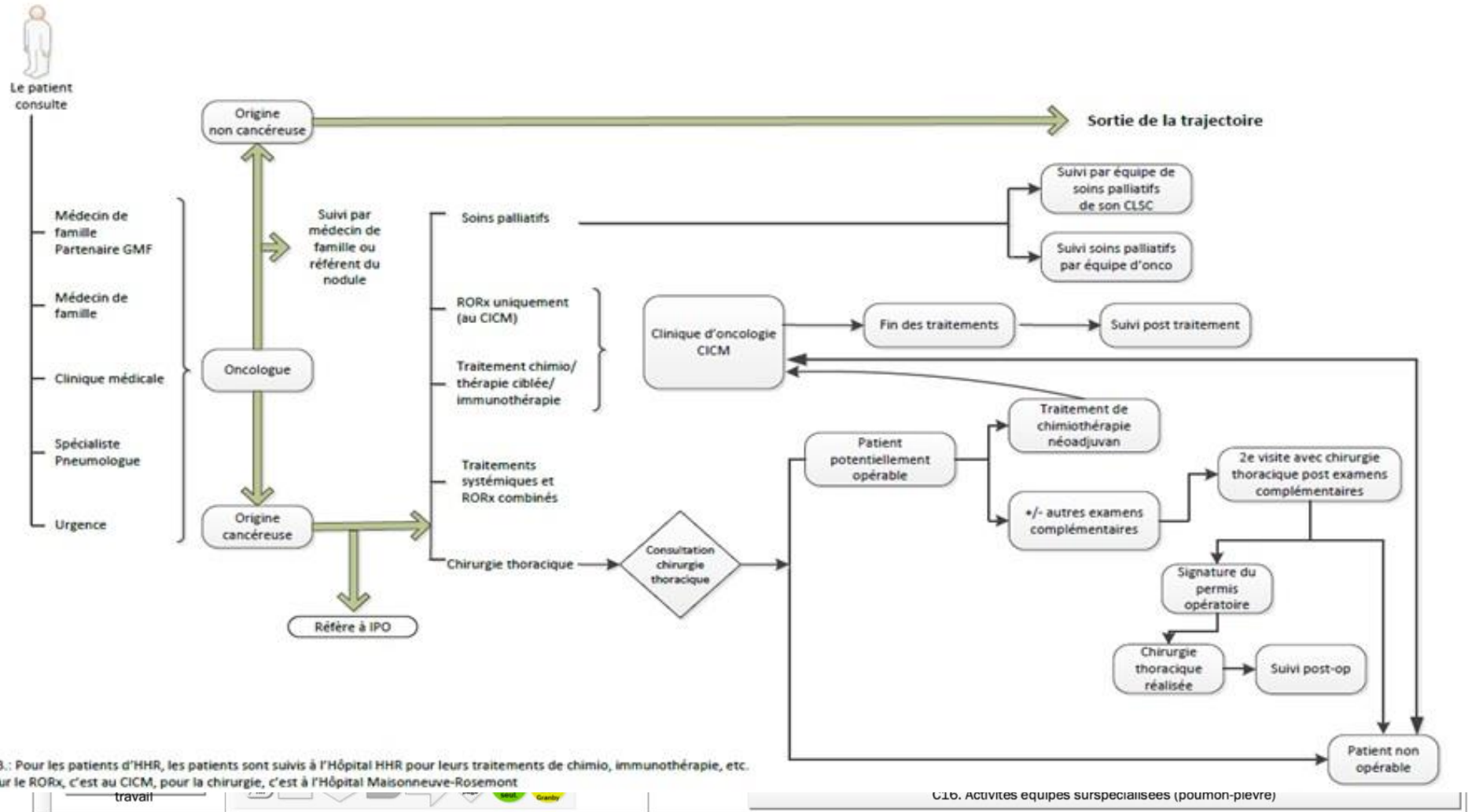
Formation continue Estrie

Pour l'Estrie, une grande partie des formations continues sont désormais offertes via le portail de « l'Environnement numérique d'apprentissage » (ENA). Le lien pour y accéder est le suivant : <https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html>

Annexe 6 : Trajectoires pulmonaires



TRAJECTOIRE DE LA CLIENTÈLE EN ONCOLOGIE (POUMON)

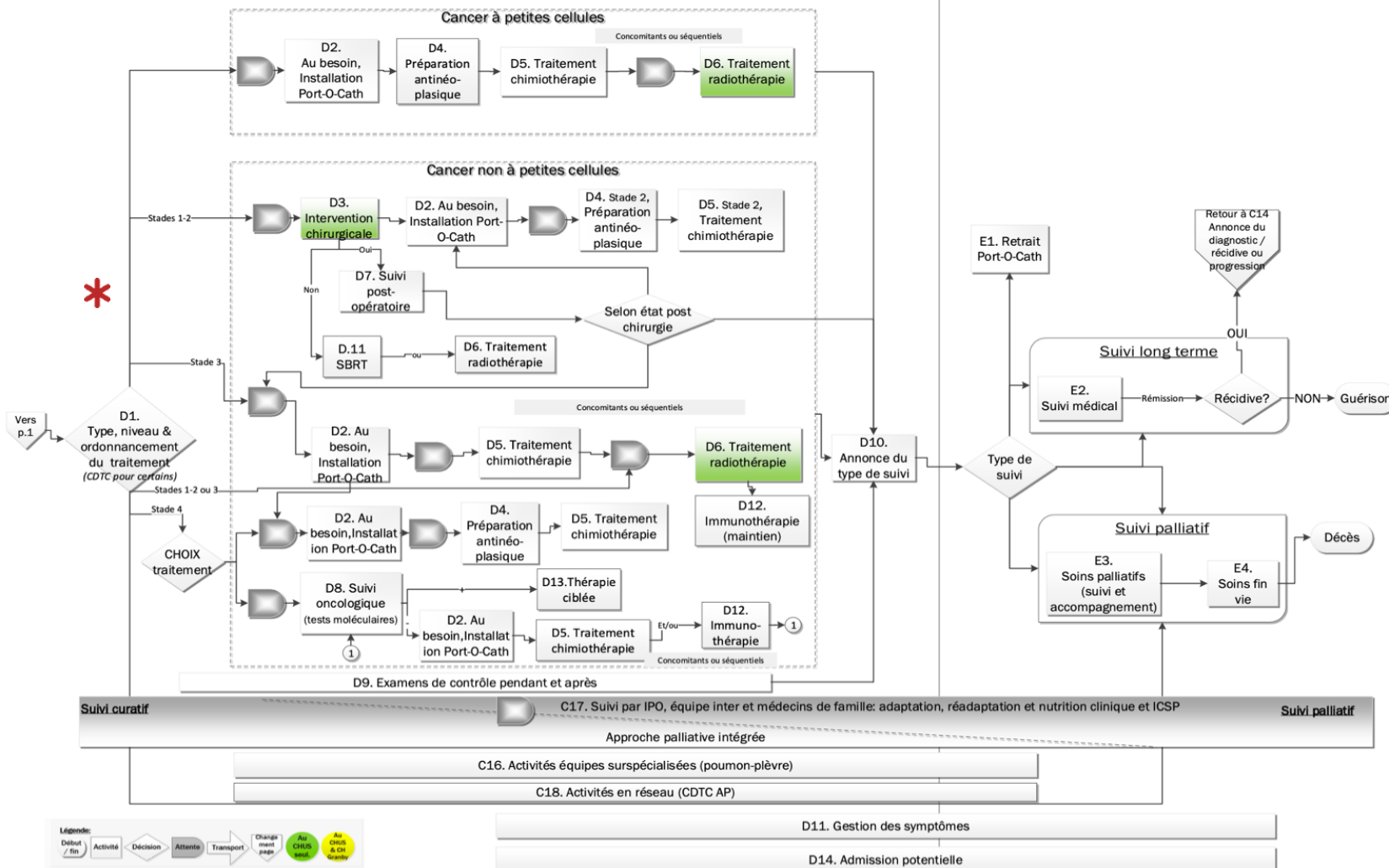


D. Intervention - Traitement

(fait en externe sauf pour patients dont l'état de santé nécessite une hospit.)

E. Suivi - Accompagnement

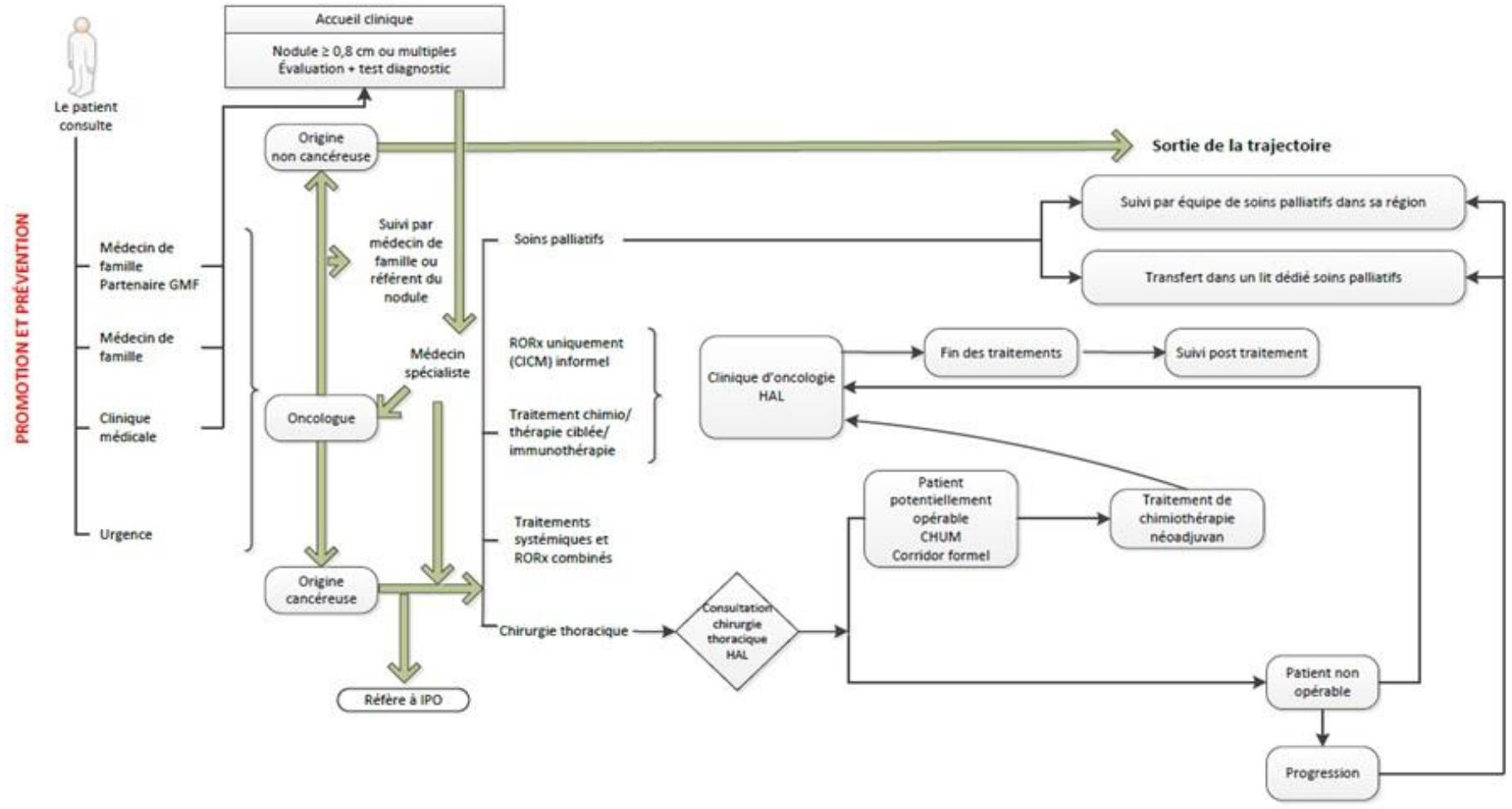
(fait en externe sauf pour patients dont l'état de santé nécessite une hospit.)



* En regard des avancés cliniques constantes, particulièrement en ce qui a trait au cancer pulmonaire non à petites cellules de stade 2 et 3 et les indications de traitement néoadjuvant, postopératoire ou d'immunothérapie, les équipes traitantes se rallient à l'algorithme québécois de diagnostic et de traitement en cancer pulmonaire, auxquels ils collaborent comme membre du groupe d'experts.

<https://inesss.algorithms-onco.info/fr/algorithmes-d-investigation-de-traitement-et-de-suivi-du-cancer-du-poumon#signet715>

TRAJECTOIRE DE LA CLIENTÈLE EN ONCOLOGIE (POUMON) HÔPITAL ANNA-LABERGE



Annexe 7 : Données épidémiologiques

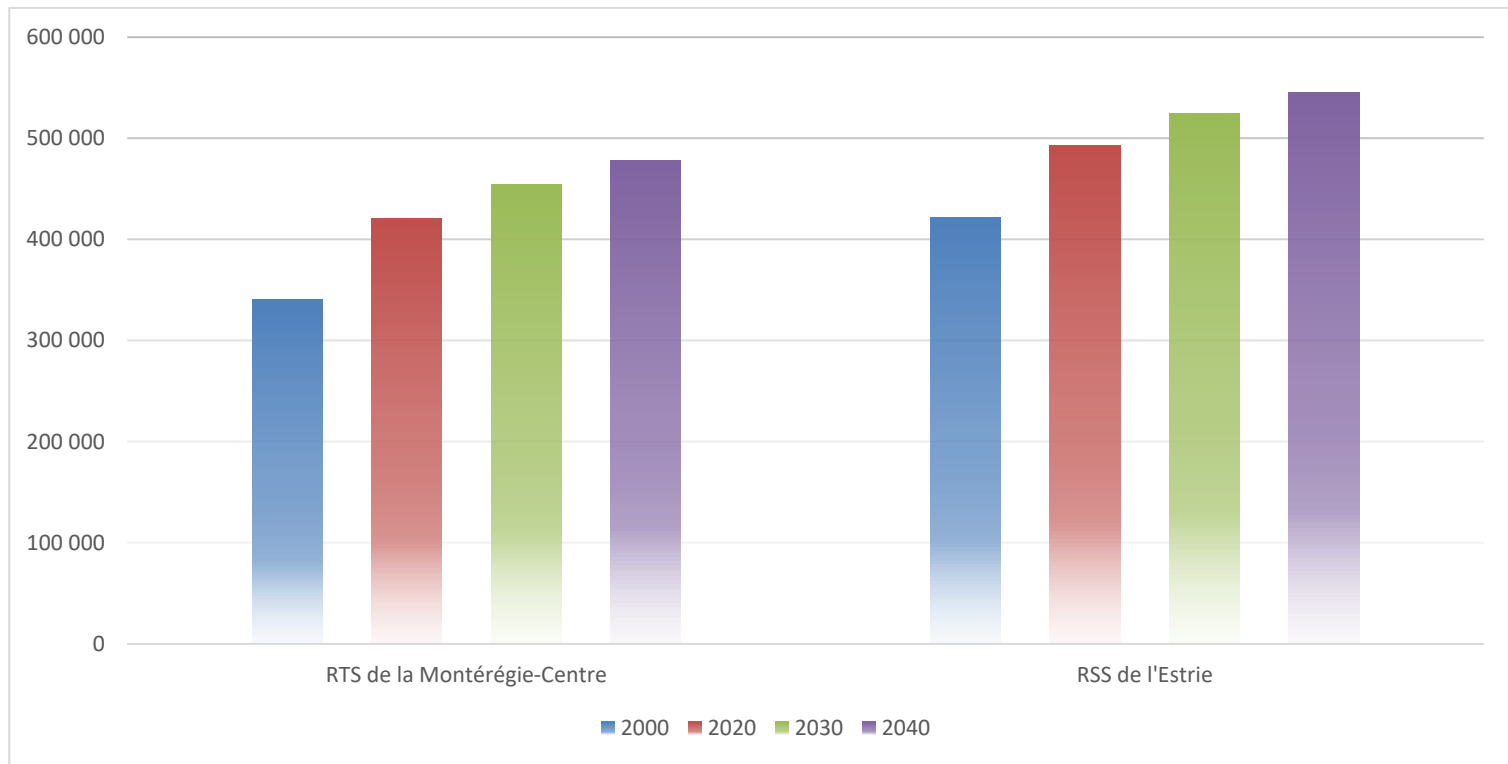
Évolution démographique

- Une augmentation anticipée de la population dans l'ensemble des territoires de 2020 à 2040.
- Comparativement à l'Estrie et à l'ensemble du Québec, on s'attend à ce que l'augmentation de la taille de la population au cours des vingt prochaines années soit relativement plus élevée en Montérégie et en Montérégie-Centre.
- Peu importe le territoire concerné, on prévoit une hausse moins importante des effectifs populationnels entre 2020 et 2040 que durant la période précédente s'échelonnant de 2000 à 2020.

Population totale	2000	2020	2030	2040	Écart relatif 2000-2020 (%)	Écart relatif 2020-2030 (%)	Écart relatif 2020-2040 (%)
RTS de la Montérégie-Centre	340 332	420 739	454 038	477 873	23,6 %	7,9 %	13,6 %
RSS de la Montérégie	1 172 847	1 432 751	1 532 781	1 603 865	22,2 %	7,0 %	11,9 %
RSS de l'Estrie	422 126	493 163	525 036	545 628	16,8 %	6,5 %	10,6 %
Province	7 356 951	8 539 073	9 014 710	9 336 705	16,1 %	5,6 %	9,3 %

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), estimations de population (1996-2019) : série produite en février 2020 et projections de population (2020-2041) : série produite en avril 2020 sur la base du recensement 2016, pour le découpage géographique en vigueur en avril 2020.

Répartition de la population totale



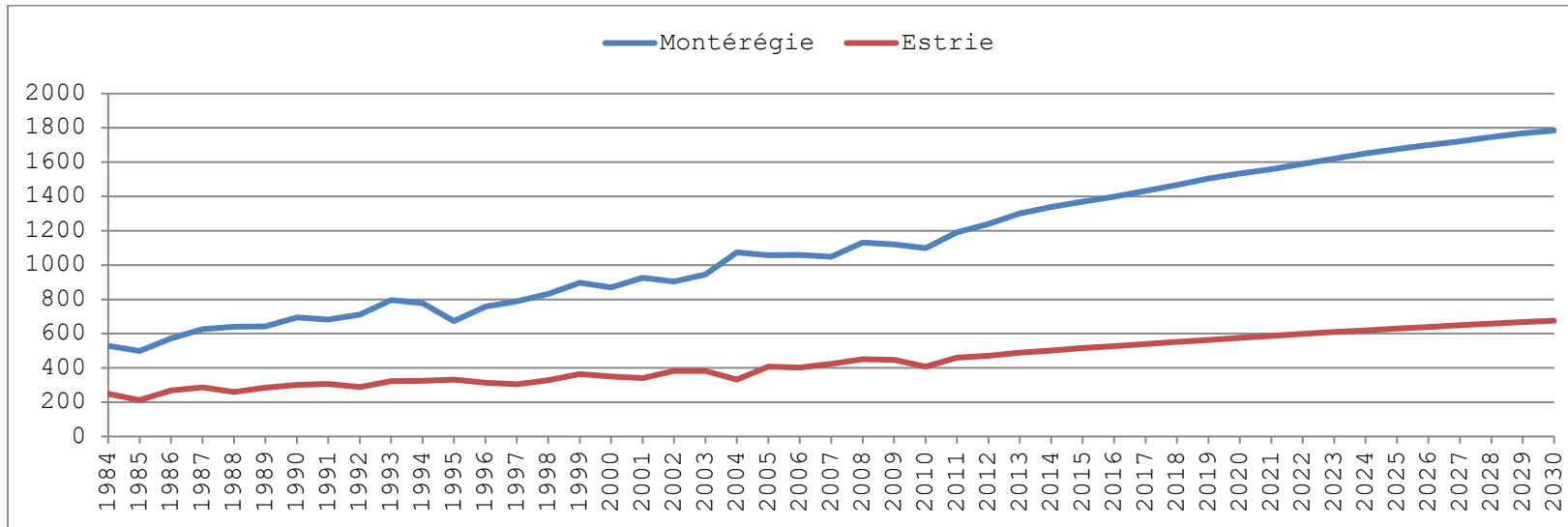
- Une augmentation prévue de la population âgée de 17 ans et moins dans tous les territoires de 2020 à 2030.
- Pour les périodes allant de 2020 à 2030 et de 2030 à 2040, on anticipe une augmentation relativement plus importante du nombre de jeunes en Montérégie et en Montérégie-Centre comparativement au territoire estrien.

Population 65 ans et plus					Écart relatif	Écart relatif	Écart relatif
	2000	2020	2030	2040	2000-2020	2020-2030	2020-2040
					(%)	(%)	(%)
RTS de la Montérégie-Centre	38 027	82 348	111 181	123 954	116,6 %	35,0 %	50,5 %
RSS de la Montérégie	129 056	276 694	378 940	422 309	114,4 %	37,0 %	52,6 %
RSS de l'Estrie	56 913	113 272	153 713	165 448	99,0 %	35,7 %	46,1 %
Province	945 382	1 693 026	2 258 326	2 452 356	79,1 %	33,4 %	44,9 %

- Une augmentation anticipée de la population âgée de 65 ans et plus dans tous les territoires, de 2020 à 2040.
- De 2020 à 2030, on prévoit une augmentation d'environ 35 % du nombre de gens âgés de 65 ans et plus en Montérégie-Centre et en Estrie.
- De 2020 à 2040, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter dans chacun des territoires concernés.
- Comparativement aux autres territoires, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus est plus important en Estrie, peu importe la période de temps observée.
- De 1984 à 2030, on prévoit une augmentation constante du nombre de nouveaux cas de cancer du poumon en Montérégie et en Estrie. Le vieillissement de la population explique une bonne partie de cette progression du nombre de cas. Ces statistiques démontrent clairement une hausse progressive de la pression exercée sur l'organisation des services en oncologie pulmonaire et œsophagienne dans ces deux régions au fil des ans.

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), estimations de population (1996-2019) : série produite en février 2020 et projections de population (2020-2041) : série produite en avril 2020 sur la base du recensement 2016, pour le découpage géographique en vigueur en avril 2020.

Évolution de l'incidence du cancer du poumon, nombre de cas diagnostiqués, 1984 à 2030, Montérégie, Estrie



Source : Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ

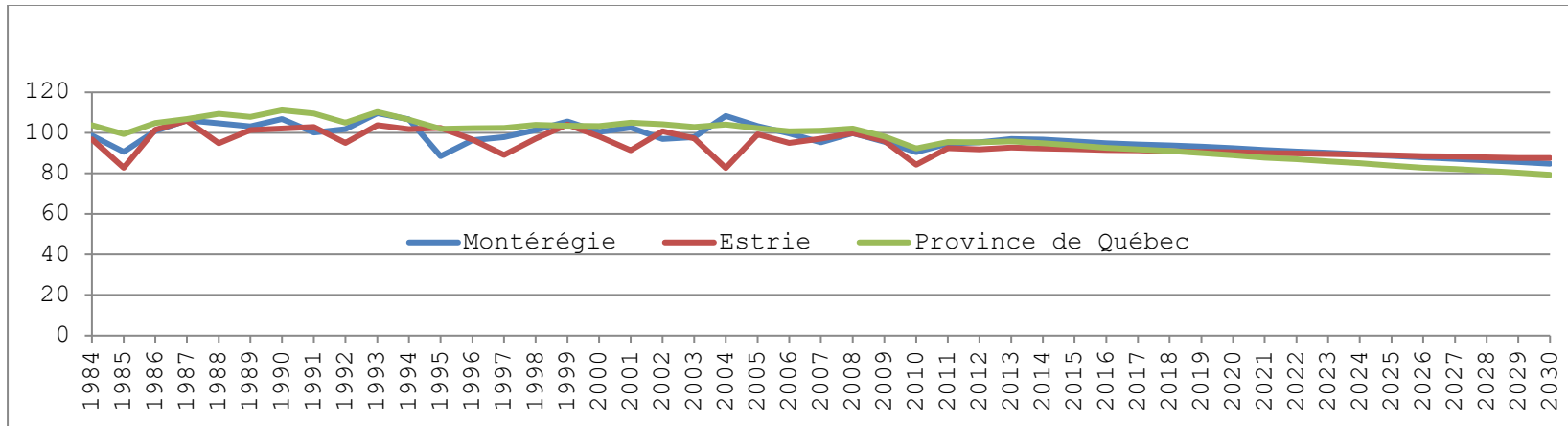
1984 à 2010 : données réelles saisies

2011 à 2030 : projections fournies par l'Infocentre

Le diagnostic de cancer est identifié lors d'un épisode d'hospitalisation en soins généraux et spécialisés ou lors d'une chirurgie d'un jour

- En contrôlant les structures d'âge dans le temps se rapportant aux différentes populations à l'étude (impact du vieillissement), on prévoit alors une légère tendance à la baisse des taux d'incidence du cancer du poumon entre 1984 et 2030.
- De 1984 à 2030, les taux ajustés d'incidence du cancer du poumon de la Montérégie, de l'Estrie et du Québec sont plutôt statistiquement comparables.

Évolution de l'incidence du cancer du poumon, taux ajustés p. 100 000, 1984 à 2030, Montérégie, Estrie, Québec



Source : Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ

1984 à 2010 : données réelles saisies

2011 à 2030 : projections fournies par l'Infocentre

Le diagnostic de cancer est identifié lors d'un épisode d'hospitalisation en soins généraux et spécialisés ou lors d'une chirurgie d'un jour

Taux ajustés selon la structure d'âge du Québec en 2011

Facteur de risque principal du cancer du poumon

- Les cancers résultent rarement d'une cause unique, mais plus généralement d'une association de plusieurs facteurs, dits facteurs de risque, chacun ayant une importance variable dans le déclenchement de la maladie.
- Le cancer du poumon est un cancer largement associé à l'exposition à des agents présents dans l'environnement général et professionnel : c'est le premier organe concerné par les substances qui vont pénétrer dans l'organisme par inhalation.
- Le tabagisme est de loin le principal facteur de risque de cancer du poumon selon le *Centre international de Recherche sur le Cancer* (CIRC). Le tabagisme multiplie par 10 à 15 le risque de cancer du poumon par rapport à un non-fumeur. Il diminue lorsqu'on arrête de fumer, mais reste élevé par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé.
- En Montérégie, la proportion de fumeurs est statistiquement comparable à celle observée à l'échelle provinciale en 2014-15, tant chez les hommes que chez les femmes.
- En 2014-15, la proportion de fumeurs actuels parmi la population de la Montérégie-Centre âgée entre 45 et 64 ans est statistiquement supérieure à celle notée auprès de la population du même groupe d'âge dans l'ensemble de la province
- En Estrie, le taux de tabagisme est inférieur à celui du Québec en 2014-15 (17,8 % c. 19,4 %).
- La proportion de fumeurs est nettement plus élevée dans les ménages à faible revenu que dans les autres ménages, que ce soit en Montérégie-Centre (31,2 % c. 17,9 %), en Montérégie (28,6 % c. 16,7 %), en Estrie (21,6 % c. 16,5 %) ou dans l'ensemble de la province (25,7 % c. 17,5 %).
- De 2008 à 2014-15, on note une baisse statistiquement significative de la proportion de fumeurs en Estrie, en Montérégie et au Québec.

Fumeurs actuels (15 ans et plus) (%)
(2014-2015)

		RTS Montérégie-Centre	RSS Montérégie	RSS Estrie	Québec
Sexe	Homme	21,6	19	18,8	20,7
	Femme	19,8	19	16,8	18,2
	Total	20,7	19	17,8 (-)	19,4
Groupes d'âge	15 à 24 ans	22,2	18,5	14,5	18,4
	25 à 44 ans	19	19,6	19,5	21,7
	45 à 64 ans	27,4 (+)	22,4	21,9	22,4
	65 ans et plus	10,3	12,1	10,8	10,9
Revenu du ménage	Faible revenu	31,2	28,6	21,6	25,7
	Autre	17,9	16,7	16,5	17,5

(+)(-) Écart statistiquement significatif avec le reste du Québec (seuil de 5 %)

Sources :

Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008, Institut de la statistique du Québec.

Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Institut de la statistique du Québec.

- Les personnes vivant dans des ménages à faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses que celles vivant dans les ménages les plus riches à être exposées à de la fumée secondaire à la maison. Ce constat est observé en Montérégie, en Estrie et dans l'ensemble de la province.
- En ce qui a trait aux ménages les plus pauvres, on relève en Estrie une plus forte proportion de personnes exposées à de la fumée secondaire au domicile comparativement à la situation provinciale (21,4 % c. 15,5 %).
- En Estrie ou dans l'ensemble du Québec, environ un non-fumeur sur 20 se dit exposé à de la fumée secondaire à l'intérieur de son domicile sur une base quotidienne.

**Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison (12 ans et plus) (%)
(2017-2018)**

		RSS Estrie	RSS Montérégie	Québec
Sexe	Homme	3,8	4,6*	4,7
	Femme	4,8	4,5*	4,4
	Total	4,3	4,6*	4,5

*Valeur à interpréter avec prudence

Source(s) de données :

- Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2017-2018 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada.

- Que ce soit en Montérégie-Centre, en Montérégie, en Estrie ou dans l'ensemble de la province, la proportion de consommateurs de cannabis est plus importante chez les hommes que chez les femmes. De même, les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à consommer cette drogue que leurs aînés.
- Comparativement au niveau provincial (15,2 %), la proportion de consommateurs de cannabis est statistiquement moins élevée dans l'ensemble de la Montérégie (13,7 %) et en Estrie (13,4 %).

Nombre annuel moyen de décès (2012 à 2016)

Tumeurs Trachée, bronches, poumons (CIM-10 = C33-C34)

		RTS Montérégie-Centre	RSS Montérégie	RSS Estrie	Québec
Sexe	Homme	144	532	208	3 439
	Femme	152	488	163	2 830
	Total	296	1 020	371	6 269
Groupes d'âge	0 à 64 ans	79	276	103	1 679
	65 à 74 ans	102	353	121	2 032
	75 à 84 ans	83	283	100	1 794
	85 ans et plus	32	108	47	764
Périodes antérieures	2002 à 2006	231	797	308	5 405
	2007 à 2011	266	901	335	5 908

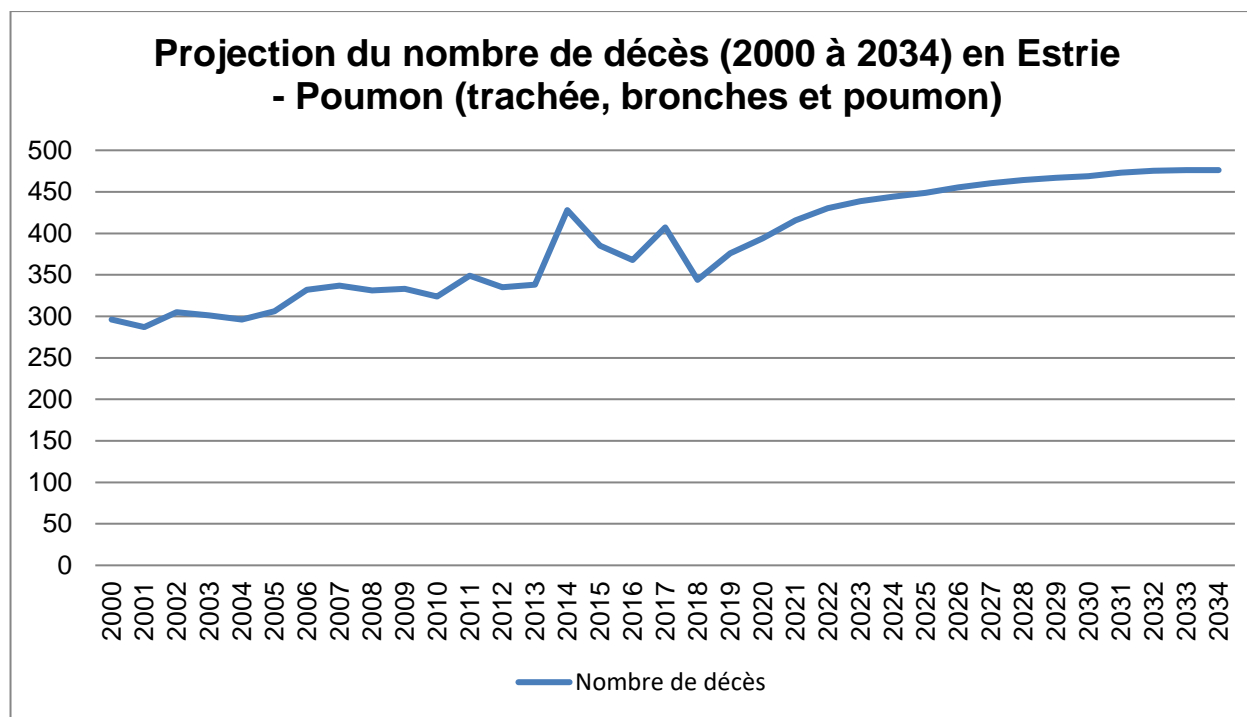
Source(s) de données :

MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2019.

- Voici le lien du MSSS en lien avec les statistiques du registre québécois du cancer. Vous y trouverez davantage d'informations en lien avec le nombre annuel moyen de décès pour les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon :

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>.

- Entre 2000 et 2034, on prévoit une augmentation du nombre de décès attribuables aux tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons autant en Estrie qu'au Québec. Cependant, on constate un ralentissement de la progression au cours des dernières années.



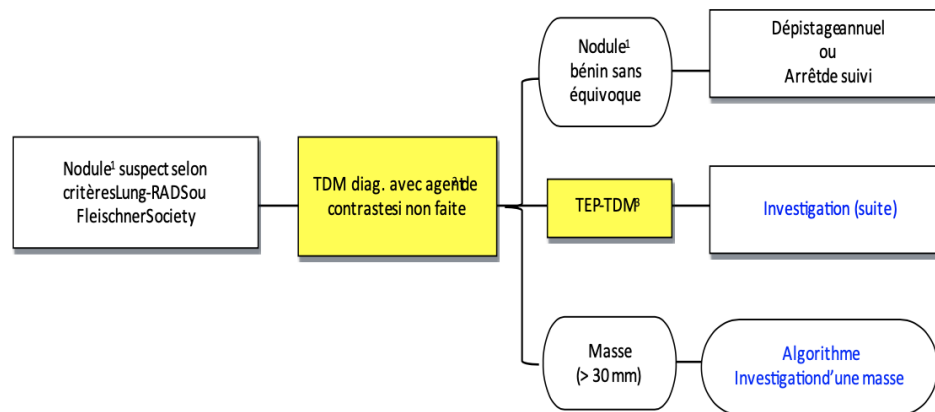
Source(s) de données :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2022;

- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2041 : version février 2022).

Annexe 8 : Modèle du MSSS pour l'investigation d'un nodule pulmonaire suspect

Investigation d'un nodule pulmonaire suspect

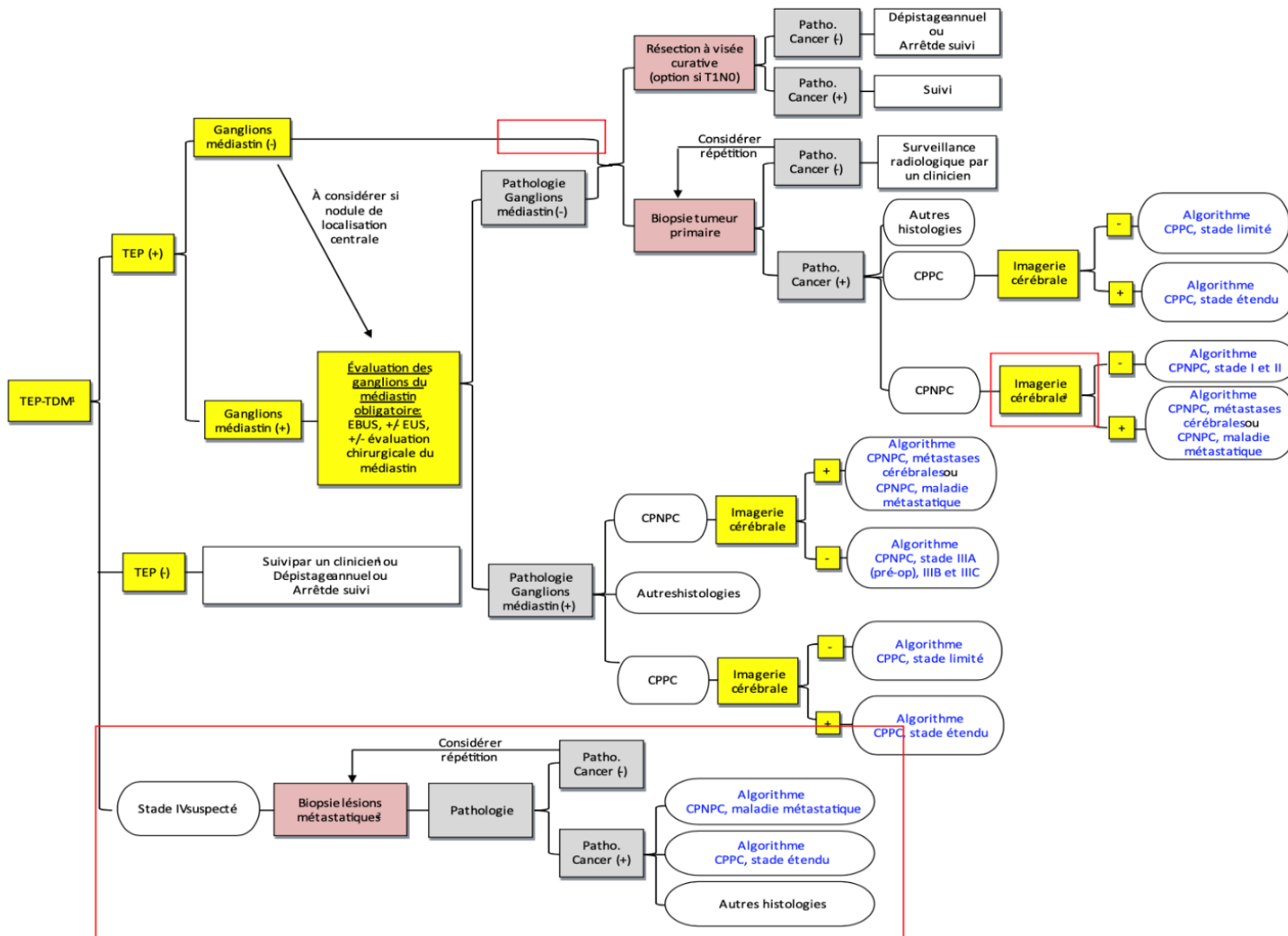


1. En présence de nodules multiples, le nodule le plus suspect est celui évalué.
2. Un agent de contraste doit être utilisé à moins de contre-indication.
3. La TEP n'est pas indiquée pour l'investigation d'un nodule solide de taille < 8 mm, d'un nodule mixte dont la composante solide est < 8 mm ou d'un nodule en VDP. Si la suspicion est forte à la TDM, la TEP est utile pour le bilan d'extension.

Notes

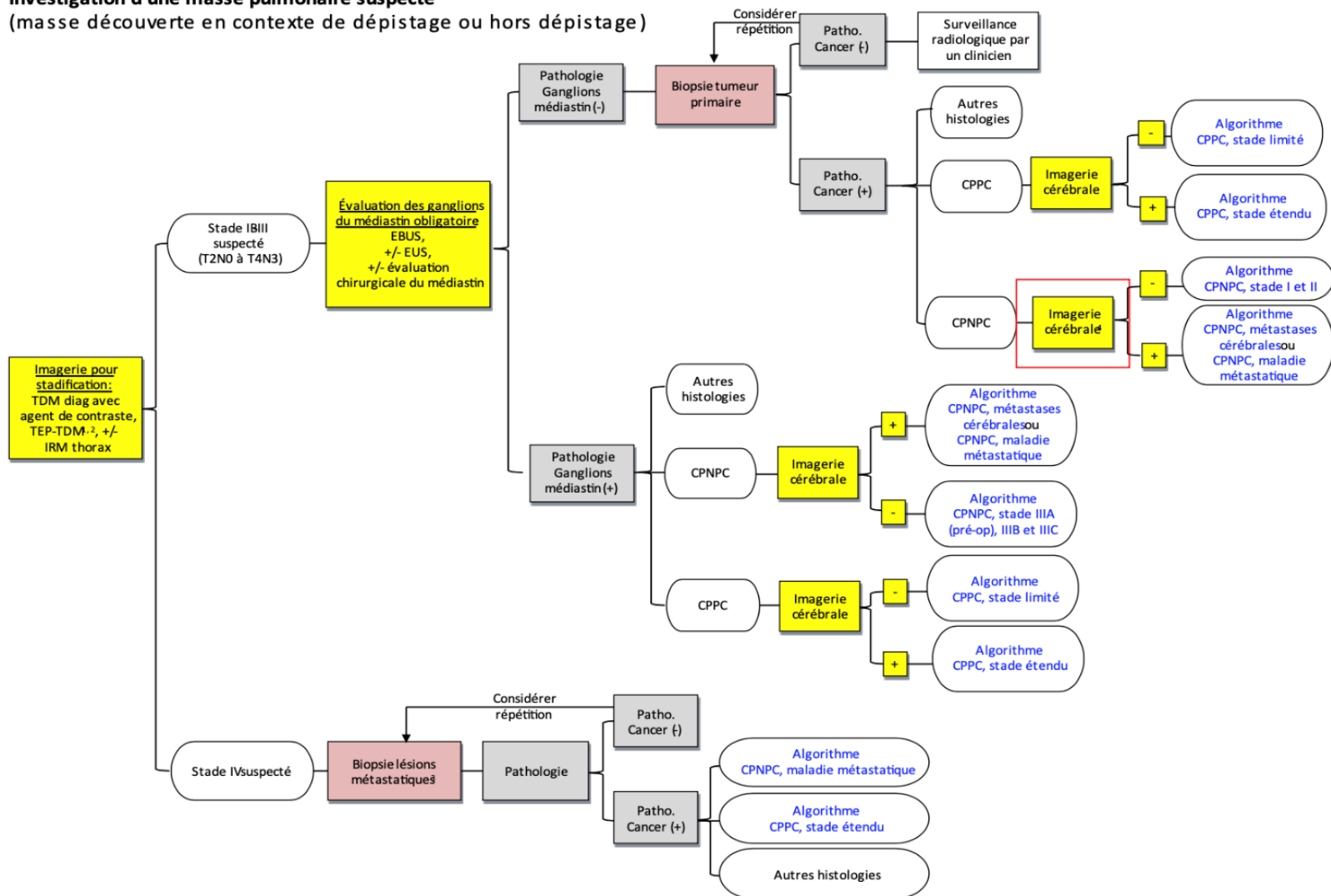
Les résultats de pathologies, incluant l'analyse des biomarqueurs, doivent être disponibles le plus rapidement possible en prévision de la prise en charge subséquente. Un bilan de base (fonction respiratoire), incluant l'évaluation du risque cardiovasculaire pour les patients qui auront une chirurgie, doit être effectué.

Investigation d'un nodule pulmonaire suspect (suite)



1. La TEP n'est pas indiquée pour l'investigation d'un nodule solide de taille < 8 mm, d'un nodule mixte dont la composante solide est < 8 mm ou d'un nodule en VDP. Si la suspicion est forte à la TDM, la TEP est utile pour le bilan d'extension.
 2. En présence d'une maladie métastatique franche, si l'accès aux métastases est difficile, la biopsie du médiastin par EBUS, ou autre examen qui permet d'avoir un diagnostic, est une bonne option.
 3. L'imagerie cérébrale est à faire pour tous sauf pour les stades IA asymptomatiques.
- Notes**
Les résultats de pathologie, incluant l'analyse des biomarqueurs, doivent être disponibles le plus rapidement possible en prévision de la prise en charge subséquente.

Investigation d'une masse pulmonaire suspecte
(masse découverte en contexte de dépistage ou hors dépistage)



1. En présence de nodules multiples, le nodule le plus suspect est celui évalué.
2. En présence d'une maladie métastatique franche, la TEP -TDM est omise.

3. En présence d'une maladie métastatique franche, si l'accès aux métastases est difficile, la biopsie du médiastin par EBUS, ou autre examen qui permet d'avoir un diagnostic, est une bonne option.
4. L'imagerie cérébrale est à faire pour tous sauf pour les stades IA asymptomatiques.

Notes

Les résultats de pathologie, incluant l'analyse des biomarqueurs, doivent être disponibles le plus rapidement possible en pré vision de la prise en charge subséquente.
Un bilan de base (fonction respiratoire), incluant l'évaluation du risque cardiovasculaire pour les patients qui auront une c hirurgie, doit être effectué.

Annexe 9 : Principales molécules utilisées comme traitement du cancer pulmonaire

Les principales molécules prescrites en immunothérapie parmi notre réseau sont les suivantes :

<i>Ipilimumab en association</i>	<i>Ipilimumab</i>	<i>Pembrolizumab</i>
<i>Nivolumab</i>	<i>Durvalumab</i>	<i>Atezolizumab</i>

Les principales molécules prescrites en chimiothérapie parmi notre réseau sont les suivantes :
Chimiothérapie IV :

<i>Cisplatin</i>	<i>Vinorelbine</i>	<i>Docetaxel</i>
<i>Carboplatin</i>	<i>Paclitaxel</i>	<i>Topotécan</i>
<i>Étoposide</i>	<i>Pemetrexed</i>	<i>Gemcitabine</i>

Thérapie PO :

<i>Alectinib</i>	<i>Afatinib</i>	<i>Lorlatinib</i>
<i>Tepotinib</i>	<i>Osimertinib</i>	<i>Brigatinib</i>
<i>Selpercatinib</i>	<i>Entrectinib</i>	

La liste des médicaments utilisés et autorisés par la RAMQ est évolutive au fil des avancements de la recherche clinique. Le lien ci-dessous vers le site web de l'INESSS est une source fiable et à jour pour accéder aux renseignements spécifiques au cancer pulmonaire :

<https://inesss.algorithmes-onco.info/fr/algorithmes-d-investigation-de-traitement-et-de-suivi-du-cancer-du-poumon#signet7166>

Annexe 10 : Offre de service en oncologie œsophagienne de la Montérégie

Qu'est-ce que le cancer de l'œsophage

Un cancer de l'œsophage est une maladie des cellules de l'œsophage qui est un conduit de l'appareil digestif qui va de la gorge à l'estomac. Si aucun traitement n'est effectué, cette lésion se développe et peut se détacher pour aller s'implanter vers les ganglions ou vers d'autres organes. Le cancer de l'œsophage est plus rare que d'autres cancers digestifs comme le cancer colorectal.

Il existe 2 types de cancer de l'œsophage ; le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

Bien que plus fréquent, le carcinome épidermoïde (touchant principalement les 2/3 supérieurs de l'œsophage) est progressivement rattrapé par l'adénocarcinome, qui se situe plus souvent au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage.

Les facteurs de risques du carcinome épidermoïde sont principalement le tabac et l'alcool alors que pour l'adénocarcinome, on ajoute le reflux gastro-œsophagien, le surpoids (obésité) et l'œsophage de Barrett.

Investigation

Le diagnostic comprend un examen clinique et une endoscopie de l'œsophage et de l'estomac au cours de laquelle sont effectuées des biopsies. Il est confirmé par les résultats de l'examen anatomopathologique des cellules ou des tissus prélevés dans l'œsophage. Plusieurs examens d'imagerie permettent d'évaluer l'extension de la maladie.

Traitement

Le choix du traitement repose sur l'avis et la discussion de médecins spécialisés lors d'un CDTC. Selon la situation, plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou combinés, pour traiter le cancer de l'œsophage : le traitement endoscopique, la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Selon le cas, ils ont comme objectifs de :

- Supprimer la tumeur ou les métastases;
- Réduire le risque de récurrence;
- Ralentir le développement de la tumeur ou des métastases;
- Traiter les symptômes causés par la maladie.

La chirurgie des cancers de l'œsophage correspond bien souvent à la pierre angulaire de ce traitement.

Chirurgie thoracique

L'HCLM a une équipe de chirurgiens thoraciques certifiés et dédiés au spectre complet des chirurgies thoraciques à l'exception de la transplantation pulmonaire. Les interventions oncologiques, cancer du poumon, de l'œsophage et autres tumeurs thoraciques rares représentent la majeure partie de l'activité de ces chirurgiens. Ils possèdent une expertise permettant de réaliser l'ensemble des chirurgies oncologiques complexes au niveau

thoracique. L'HCLM occupe un rôle important dans le continuum de soins du cancer de l'œsophage et des autres tumeurs thoraciques rares.

La chirurgie réalisée est une œsophagectomie dont l'étendue est variable selon la localisation et le stade de la maladie. Durant le même geste de résection, l'ensemble des ganglions avoisinant l'organe sont retirés. L'œsophage ainsi enlevé est remplacé le plus souvent par l'estomac, mais aussi parfois avec de l'intestin grêle ou le colon. Dans de rares cas, l'estomac est totalement retiré.

La chirurgie est proposée pour les cancers précoces lors de la résection endoscopique n'est pas réalisable ou est impossible. Elle est également proposée pour les cancers localisés. Enfin, elle est réalisée pour les cancers localement avancés après une radio-chimiothérapie ou après une chimiothérapie pour les adénocarcinomes. Pour les cancers métastatiques, la chimiothérapie seule est le traitement de référence. Elle peut contribuer à ralentir le développement de la maladie, à soulager les symptômes (diminuer les douleurs notamment) et à améliorer la qualité de vie.

En mars 2014, l'Hôpital Charles-Le Moyne a été désigné comme centre affilié en oncologie œsophagienne. À ce titre, il répond aux critères de désignation pour les chirurgies de l'œsophage. Des travaux sont en cours pour actualiser l'entente en oncologie œsophagienne avec le CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

HCLM devra :

- Participer aux rencontres interétablissements du CDTC-AP et assurer la présentation des cas, de 2 à 4 fois par année;
- Mettre en place avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS des communautés de pratique entre les équipes pour assurer la complémentarité et le partage de l'expertise en oncologie œsophagienne;
- Inclure les usagers du CIUSSS de l'ESTRIE –CHUS pouvant être référés pour des protocoles de recherche.

La trajectoire d'oncologie à l'HCLM offre l'ensemble des chirurgies pour l'œsophage et des autres tumeurs thoraciques rares incluant les chirurgies complexes ne pouvant être effectuées dans les centres affiliés et partenaires. L'équipe de chirurgiens thoraciques supportée par des équipes médicales incluant des intensivistes dédiés et des professionnels spécialisés dans les soins postopératoires d'interventions thoraciques assure les plus hauts standards de qualité avec une couverture 24/7.

Au besoin, par le biais d'ententes de services, les médecins spécialistes de l'HCLM obtiennent le soutien médical de spécialistes d'autres milieux tels : chirurgien plastique, orthopédiste, hémato-oncologue, urologue, neurologue, chirurgien vasculaire, radio-chirurgien, etc.

Clientèle

Population âgée de 18 ans et plus, en provenance du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (corridor de service) ou des territoires couverts par le CIUSSS de la Montérégie-Centre de la Montérégie ayant un cancer de l'œsophage.

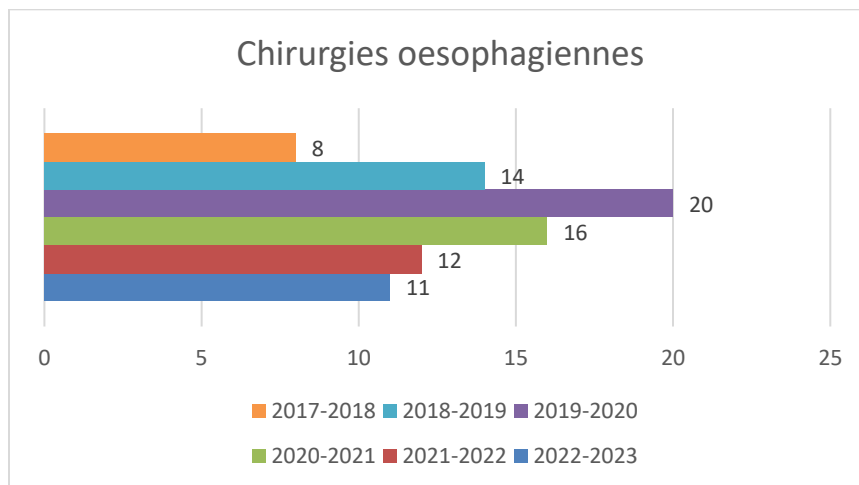
L'HCLM est également un centre désigné en cancer de l'œsophage pour son expertise reconnue en chirurgie thoracique. Son équipe interprofessionnelle dédiée dans ces sièges tumoraux assure une couverture 24/7 surspécialisée.

Les usagers atteints d'un cancer de l'œsophage, et pour lesquels une approche chirurgicale est considérée, sont référés directement aux chirurgiens thoraciques et ceux-ci s'assurent d'une prise en charge rapide et supervisent l'investigation complémentaire nécessaire. La décision thérapeutique appropriée pour chaque usager est alors discutée avec les spécialistes en radiooncologie et en hémato-oncologie soit de l'HCLM ou de la région d'origine de l'usager si disponible.

Effectifs pour la chirurgie thoracique

Ressources	Nombre en poste
Chirurgien thoracique	3
Infirmière thoracique	1

Graphique 21 : Volume annuel de chirurgies œsophagiennes oncologiques au CISSS de la Montérégie-Centre

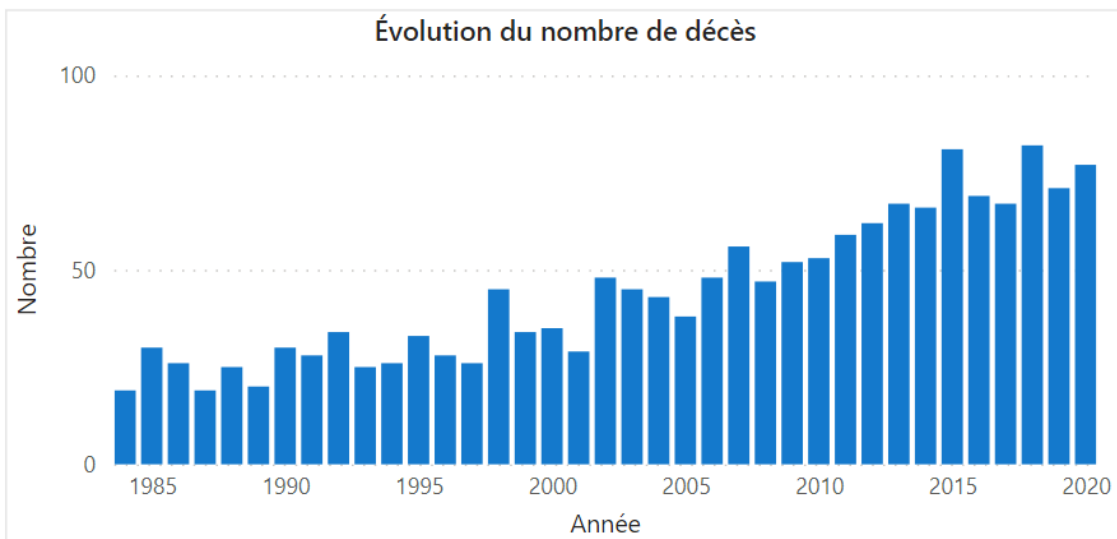
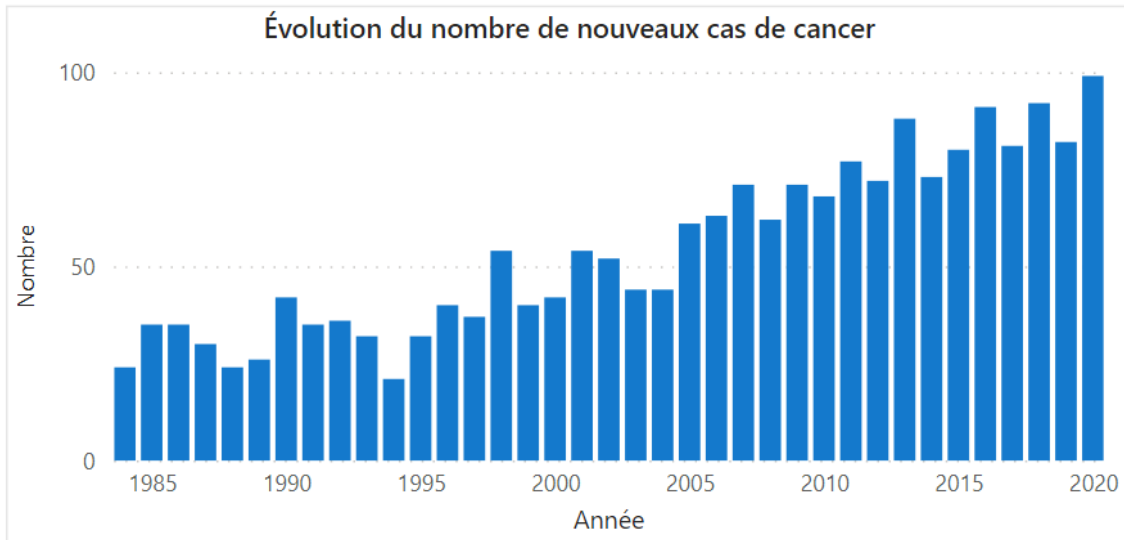


Prise en charge globale, suivi pendant et après le traitement

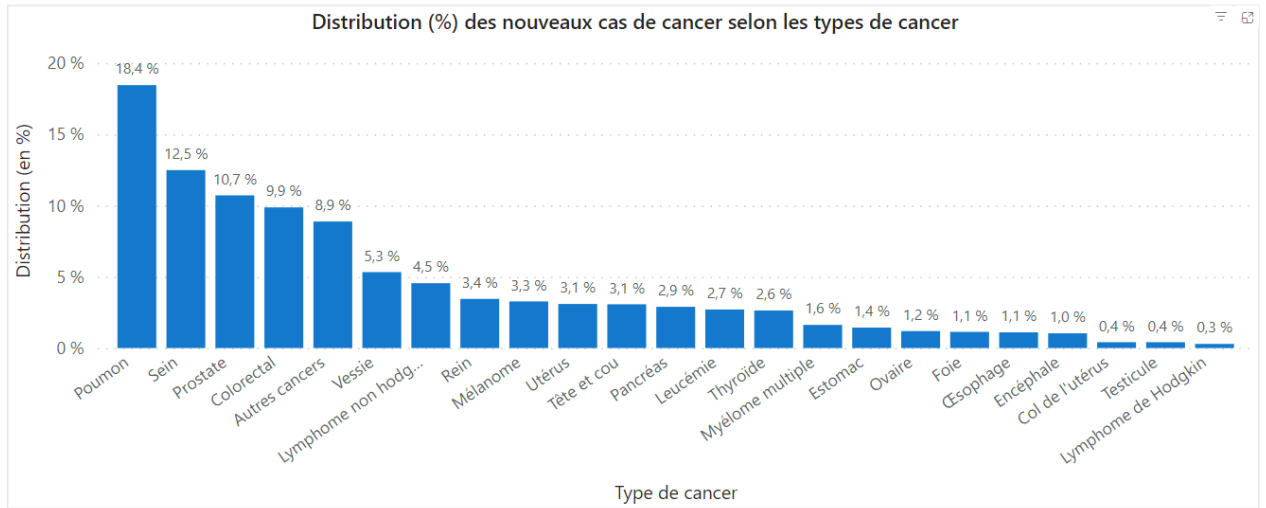
- L'équipe qui prend en charge le patient est constituée de professionnels de différentes spécialités : hépatogastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, pathologiste, diététicien, nutritionniste, etc. Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement et en lien avec votre médecin traitant et les professionnels de santé de proximité.
- La prise en charge est globale et comprend tous les soins et soutiens complémentaires dont le patient pourrait avoir besoin pendant et après les traitements tels qu'un soutien psychologique pour lui et ses proches, la surveillance de l'état nutritionnel avec pesée régulière ou un accompagnement social.
- Une évaluation de son état nutritionnel est effectuée avant tout traitement et tout au long de sa prise en charge.

- Par ailleurs, même durant le parcours de soins, l'arrêt du tabac est toujours bénéfique. Il influence positivement la tolérance aux traitements et le pronostic de la maladie. Et cela que le cancer ait été diagnostiqué il y a longtemps ou tout récemment. La pratique d'une activité physique adaptée contribue aussi à améliorer la qualité de vie tout au long du parcours de soins et la réponse aux traitements.

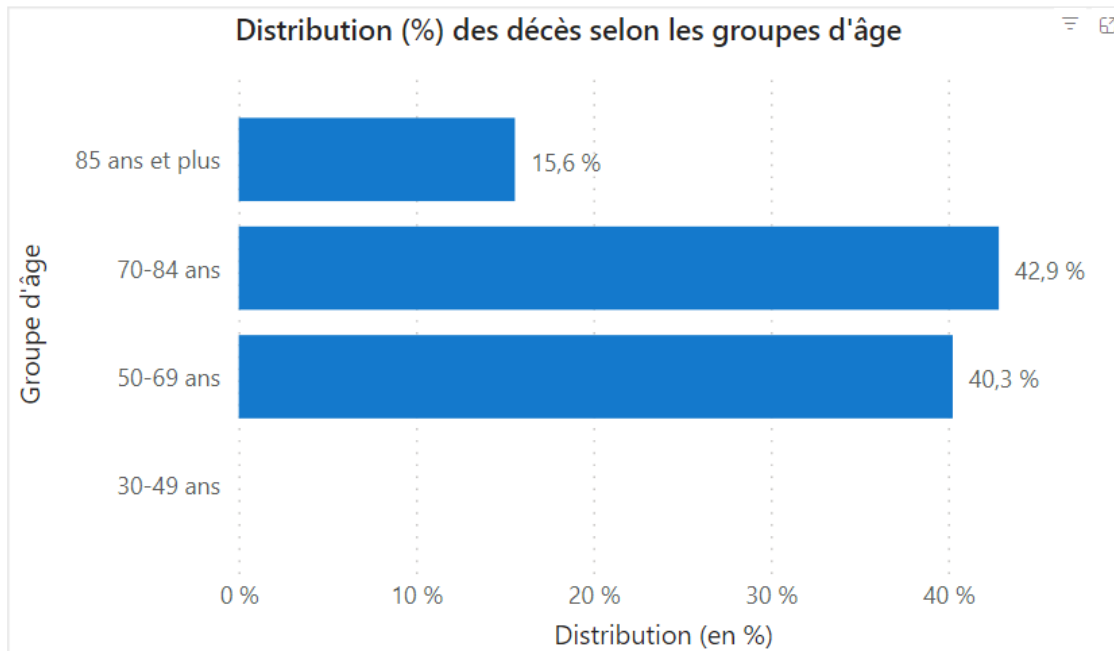
Cancer œsophagien en Montérégie



Pour l'année 2020, en Montérégie



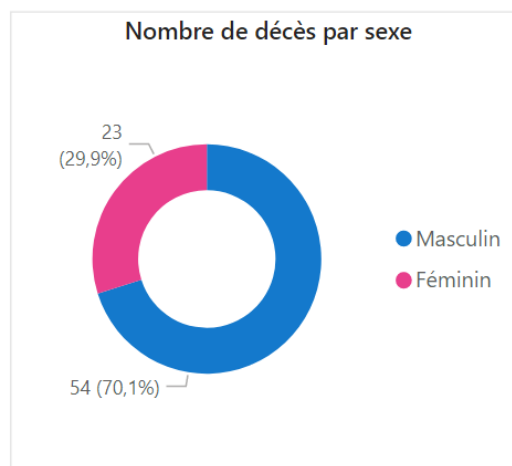
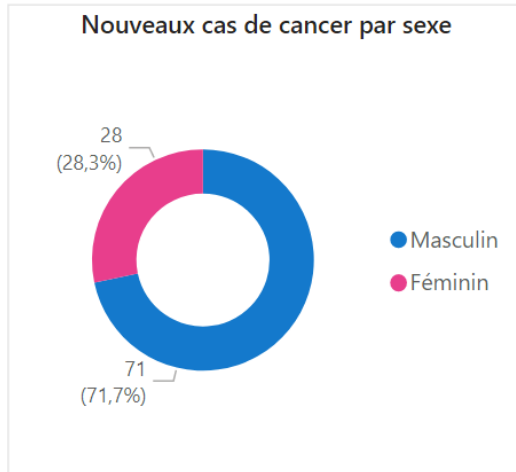
Cancer œsophagien en Montérégie pour l'année 2020



Cancer œsophagien en Montérégie en 2020

Nouveaux cas de cancer
99

Nombre de décès
77



Source : Registre québécois du cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Offre de service en Montérégie et Estrie

CISSS ET CIUSSS :	MONTÉRÉGIE-EST			MONTÉRÉGIE-CENTRE		MONTÉRÉGIE-OUEST			ESTRIE
HÔPITAL :	HÔTEL-DIEU-DE-SOREL	PIERRE-BOUCHER	HONORÉ-MERCIER	HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE	DU HAUT-RICHELIEU	ANNA-LABERGE	DU SUROÏT	BARRIE-MEMORIAL	HÔPITAL FLEURIMONT
CANCER DU POUMON									
Investigation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Chirurgie	Non ⁶	Non ⁷	Non ¹⁻⁷	Oui	Non ¹⁻⁴	Non ⁷	Non ⁸	Non ⁷⁻⁸	Oui
Traitement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ³	Oui
Radiothérapie	Non ¹⁻⁶	Non ¹	Non ¹	Oui	Non ¹	Non ¹	Non ⁸	Non ⁶	Oui
CANCER DE L'ŒSOPHAGE									
Investigation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ³	Oui
Chirurgie	Non ⁷	Non ⁷	Non ¹⁻⁷	Oui	Non ¹	Non ⁷	Non ⁸	Non ⁸	Non ⁸
Traitement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ³	Oui
Radiothérapie	Non ¹⁻²	Non ¹	Non ¹⁻⁷	Oui	Non ¹	Non ¹	Non ⁸	Non ⁶	Oui

1 : Corridor avec l'Hôpital Charles-Le Moyne

2 : Corridor avec l'Hôpital de Trois-Rivières

3 : Corridor à l'intérieur du CISSSMO

4 : Corridor avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

5 : Corridor avec l'Hôpital général juif

6 : Corridor variable selon le lieu de résidence

7 : Corridor avec le CHUM

8 : Corridor avec le CUSM