
DIRECTION
QUÉBÉCOISE
DE CANCÉROLOGIE

Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique

Cadre de référence

Décembre 2012

Ont participé à la rédaction de ce document :

L'équipe de la Direction québécoise de cancérologie (DQC)
du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

Dr Jean Latreille, M.D., directeur;
M. Mario Corriveau, conseiller cadre;
Mme Carole Bélanger, conseillère cadre.

Nous exprimons également notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document par leurs commentaires judicieux, en particulier :

L'équipe de la Direction adjointe de l'organisation des services médicaux et technologiques (DAOSMT)
du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

Mme Lise Caron, directrice;
M. Simon Tremblay, pilote d'orientation de SIMASS-chirurgie.

Nous adressons également nos sincères remerciements à :

Mme Annie Venne, responsable régionale du mécanisme d'accès,
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides;
Mme Marie Simard, adjointe à la directrice régionale - Coordination de l'accès et des services hospitaliers
et préhospitaliers, Coordinatrice régionale de Sécurité civile-Mission Santé, Agence de la santé
et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
Mme Francine Mathieu Jacques, conseillère cadre aux mécanismes d'accès aux services spécialisés,
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
Mme Régina Lavoie, responsable régionale pour le programme québécois de lutte contre le cancer,
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique aux adresses suivantes :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications** et **www.msss.gouv.qc.ca/cancer**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66041-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 1 |
| INTRODUCTION | 2 |
| HISTORIQUE | 3 |
| OBJECTIFS DU MÉCANISME CENTRAL DE GESTION DE L'ACCÈS EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE | 4 |
| CIBLE MINISTÉRIELLE | 4 |
| RÔLES / RESPONSABILITÉS | 5 |
| DE LA DIRECTION QUÉBÉCOISE DU CANCÉROLOGIE DU MSSS | 5 |
| DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX | 5 |
| DES ÉTABLISSEMENTS OÙ SE PRATIQUENT DES CHIRURGIES ONCOLOGIQUES | 6 |
| SEGMENTATION DU TEMPS D'ATTENTE | 7 |
| DÉBUT DE L'ATTENTE..... | 7 |
| FIN DE L'ATTENTE | 7 |
| QUI EST EN ATTENTE ? | 7 |
| SCHÉMA DU MÉCANISME CENTRAL DE GESTION DE L'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE | 8 |
| ÉTAPE 1 : CONSULTATION PAR UN CHIRURGIEN, DÉCISION D'OPÉRER, REQUÊTE OPÉRATOIRE IDENTIFIÉE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE REMPLIE, SIGNÉE ET DATÉE PAR LE CHIRURGIEN | 9 |
| <i>Qui fait quoi ?</i> | 9 |
| L'établissement..... | 9 |
| Le chirurgien..... | 9 |
| Le chargé de secteur en chirurgie oncologique | 9 |
| Le responsable local de l'accès | 9 |
| Le directeur des services professionnels | 10 |
| L'Agence..... | 10 |
| Le responsable régional de l'accès | 10 |
| Le MSSS..... | 10 |
| La Direction québécoise de cancérologie et l'équipe ministérielle de l'accès | 10 |
| ÉTAPE 2 : PATIENT INSCRIT SUR LA LISTE D'ATTENTE, DATE PRÉVUE DE LA CHIRURGIE RESPECTANT LA CIBLE MINISTÉRIELLE | 11 |
| <i>Qui fait quoi ?</i> | 11 |
| Le chargé de secteur en chirurgie oncologique..... | 11 |
| L'établissement..... | 12 |
| L'Agence..... | 12 |
| Le MSSS..... | 12 |
| SITUATION PARTICULIÈRE | 12 |

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'adoption du projet de loi 33 en décembre 2006, modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, a pour but d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés.

La loi prévoit que chaque établissement implante un mécanisme central de gestion de l'accès pour tous les services spécialisés et surspécialisés. Certains services spécialisés, comme la chirurgie oncologique, sont touchés par des mécanismes particuliers.

Depuis le 1^{er} juin 2007, le mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie existe dans tous les centres hospitaliers qui font de la chirurgie. Les chirurgies oncologiques sont inscrites à la liste centralisée de ce mécanisme de gestion de l'accès, au même titre que toutes les autres interventions chirurgicales. Par ailleurs, depuis 2009, il est possible d'identifier clairement, à l'aide d'une case à cocher, la chirurgie oncologique dans le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Toutefois, l'identification de certaines chirurgies oncologiques dans l'outil SIMASS demeure lacunaire. Conséquemment, au cours de la dernière année, des travaux ont été réalisés par la Direction québécoise de cancérologie (DQC), dont ce cadre de référence, afin d'assurer un meilleur suivi et une meilleure prise en charge de la clientèle nécessitant une chirurgie oncologique.

Ce document s'adresse à tous les acteurs du réseau de soins de la santé participant, de près ou de loin, à la mesure et à la gestion de l'accès à la chirurgie oncologique. Il sert de guide pour permettre de consolider la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique. On y précise les rôles et responsabilités de tous les intervenants engagés dans cette démarche. On y réitère les balises à respecter pour obtenir une mesure et une gestion adéquates de l'accès à la chirurgie oncologique afin d'atteindre et de maintenir les cibles ministérielles définies pour ce service.

L'indicateur de gestion 1.09.33 précise que :

- ◆ 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer **suspecté ou confirmé**, soit opérée dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils)

et

- ◆ 100 % de cette clientèle soit opérée dans un délai de 56 jours ou moins (civils). Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours (civils) entre la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien et la date de réalisation de la chirurgie oncologique, **tout site tumoral confondu**;

ceci en considérant que le calcul du délai d'attente se fait à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien (tenant pour acquis qu'au moment de la signature de la requête opératoire, le chirurgien considère que le patient est prêt à être opéré). Les consultations et les analyses nécessaires à l'établissement du traitement et à l'évaluation préopératoire, ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital doivent être incluses dans les délais de 28 jours et de 56 jours.

La DQC est confiante que l'application et l'intégration de ces notions par les acteurs concernés des établissements et des agences permettront d'assurer un accès respectant les cibles ministérielles pour tous les patients ayant besoin d'une chirurgie oncologique.

Ce cadre de référence sera bonifié au fil des apprentissages et des situations auxquelles nous serons confrontés.

INTRODUCTION

Depuis le 1^{er} juin 2007, le MSSS s'assure qu'un mécanisme central d'accès est instauré pour tous les services spécialisés et surspécialisés du secteur public. Par ce mécanisme, des modalités sont définies afin que les personnes requérant des soins puissent en bénéficier dans des délais reconnus médicalement acceptables par les experts des domaines concernés.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) (LSSSS) précise notamment qu'un responsable local du mécanisme central de gestion de l'accès doit être nommé dans chaque centre hospitalier et que ce dernier doit être sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP) (article 185.1). De plus, le directeur général de l'établissement doit faire rapport de l'efficacité de ce mécanisme central de gestion de l'accès à son conseil d'administration au moins tous les trois mois. Finalement, l'article 431 de la LSSSS indique que le ministre de la Santé et des Services sociaux peut prendre les mesures nécessaires pour que des mécanismes particuliers d'accès soient mis en place, lorsqu'il juge que certains délais de traitement sont déraisonnables.

Ainsi, chaque établissement où se pratiquent des chirurgies oncologiques doit :

- ◆ mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès;
- ◆ assurer le suivi personnalisé des patients.

En raison des enjeux majeurs que représentent l'accès à la chirurgie dans les délais prescrits pour la clientèle atteinte de cancer et la consolidation de la mise en place et du suivi du mécanisme central d'accès à la chirurgie oncologique, ce cadre de référence a été préparé afin de guider les responsables de l'accès des établissements et des agences de la santé et des services sociaux.

HISTORIQUE

Depuis sa création en 2004, la Direction de la lutte contre le cancer, maintenant Direction québécoise de cancérologie (DQC), a pour mission de mettre en place les mécanismes nécessaires pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches. La DQC a pour objectif que toute personne atteinte d'un cancer puisse avoir accès à des soins et à des services de qualité, en temps opportun et le plus près possible de son milieu de vie (Orientations prioritaires 2007-2012, objectif 3.1, page 29).

Puisque l'accès aux services de radio-oncologie était problématique depuis le début des années 2000, la DQC avait décidé de prioriser ce secteur de spécialité pour effectuer la mise en place d'un mécanisme central de gestion de l'accès. La DQC, ayant pour objectif de standardiser le processus de gestion de l'accès dans tous les services de radio-oncologie du Québec, a publié un cadre de référence en mai 2010, afin de guider les responsables régionaux de l'accès des agences de la santé et des services sociaux et les responsables locaux de l'accès des établissements de santé, durant l'implantation du mécanisme dédié à la radio-oncologie. Le mécanisme est maintenant implanté dans tous les services de radio-oncologie du Québec et les cibles ministérielles d'accès sont atteintes.

En septembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux informait les hauts dirigeants du réseau qu'il souhaitait que la gestion de l'accès à la chirurgie oncologique soit effectuée à la manière de celle mise de l'avant en radio-oncologie.

La DQC fut alors mandatée pour faire en sorte qu'à l'image de la radio-oncologie, l'accès à la chirurgie oncologique respecte les cibles ministérielles.

Rappelons que pour répondre aux exigences de la LSSSS, un mécanisme central de gestion de l'accès doit être mis en place dans tous les établissements du Québec. De ce fait, un responsable local du mécanisme central de gestion de l'accès, sous la responsabilité du DSP, a été nommé dans chaque établissement du Québec. Puisqu'il ne peut y avoir qu'un seul responsable par établissement, celui-ci peut être soutenu dans sa gestion de la chirurgie oncologique par un chargé de secteur*. Ainsi, le chargé en chirurgie oncologique peut être soit :

1. le responsable local de gestion de l'accès aux services spécialisés de l'établissement;
2. le chargé de secteur en chirurgie;
3. une autre personne qui sera identifiée comme « chargé de secteur en chirurgie oncologique ».

Peu importe le modèle préconisé par l'établissement, le responsable local du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement doit être informé des mesures mises en place afin de respecter les délais médicalement reconnus, en appliquant une standardisation du calcul du temps d'attente. Le chargé de secteur en chirurgie oncologique désigné par l'établissement doit s'assurer qu'un suivi personnalisé est offert au patient. Le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS), déjà implanté dans le réseau, permet de soutenir le suivi de l'accès en chirurgie oncologique.

Les établissements où se pratiquent des chirurgies oncologiques doivent donc mettre en place les mécanismes nécessaires leur permettant d'assurer et d'améliorer, le cas échéant, l'accessibilité des patients à leur bloc opératoire en respectant les délais médicalement acceptables définis par les cibles ministérielles.

* Afin d'alléger le texte, le terme « chargé de secteur en chirurgie oncologique » est utilisé dans ce présent document et il se rapporte à la personne identifiée comme telle par son établissement, que cette personne soit responsable local du mécanisme central de gestion de l'accès, chef clinico-administratif du secteur de chirurgie ou autre.

OBJECTIFS DU MÉCANISME CENTRAL DE GESTION DE L'ACCÈS EN CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Cible ministérielle

Le MSSS a déterminé que chaque établissement où se pratiquent des chirurgies oncologiques doit organiser ses activités de manière à ce que :

- ◆ 90 %* de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer **suspecté ou confirmé** soit opérée dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils)

et

- ◆ 100 % de cette clientèle soit opérée dans un délai de 56 jours ou moins (civils). Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours (civils) entre la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien et la date de réalisation de la chirurgie oncologique, **tout site tumoral confondu**;

ceci en considérant que le calcul du délai d'attente se fait à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien (tenant pour acquis qu'au moment de la signature de la requête opératoire, le chirurgien considère que le patient est prêt à être opéré). Les consultations et les analyses nécessaires à l'établissement du traitement et à l'évaluation préopératoire ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital doivent être incluses dans les délais de 28 jours et de 56 jours.

Notons que, pour le moment, le présent mécanisme ne comprend pas le calcul des segments concernant notamment l'attente et l'accès à un médecin de famille, ou l'attente pour la consultation d'un spécialiste. En effet, le mécanisme central de gestion de l'accès en chirurgie oncologique s'adresse seulement à la partie correspondant au segment compris entre le moment où la requête opératoire est signée par le chirurgien et la date réelle de l'intervention chirurgicale. Il doit permettre d'apprécier avec précision les étapes de ce segment de soins pour régler rapidement les problématiques qui pourraient retarder la chirurgie.

Pour assurer une bonne gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, il est requis que :

1. tous les chirurgiens identifient clairement sur la requête opératoire les interventions chirurgicales de nature oncologique;
2. la saisie des requêtes de chirurgie oncologique soit adéquatement effectuée dans le système SIMASS;
3. soit exécutées les modalités prévues permettant de :
 - déterminer la date de l'intervention
 - d'informer les patients de la date prévue de leur intervention chirurgicale
 - de recueillir et colliger les informations sur les non-disponibilités médicales ou personnelles des patients.

* La cible de 90 % des patients devant être opérés dans les 28 jours civils à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien devra être atteinte graduellement d'ici 2014-2015.

D'ici là, les établissements devront atteindre les seuils minimaux prévus dans les ententes de gestion.

Pour l'année 2012-2013, le seuil a été fixé à 70 %, alors que pour l'année 2013-2014, le seuil a été fixé à 80 %.

RÔLES / RESPONSABILITÉS

De la Direction québécoise du cancerologie du MSSS

- ◆ Développer un cadre de référence (le présent document) sur lequel les établissements et les agences peuvent s'appuyer pour élaborer des plans d'action locaux et régionaux permettant la consolidation de la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, répondant ainsi aux exigences de la LSSSS;
- ◆ Soutenir les agences et les établissements dans la gestion du changement entraîné par l'implantation du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et dans la formation inhérente des responsables du réseau;
- ◆ Assurer le suivi des plans d'action régionaux développés pour assurer la consolidation de la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique;
- ◆ Mettre à jour et diffuser les cibles ministérielles d'accès à la chirurgie oncologique;
- ◆ Établir, pour l'ensemble du Québec, une stratégie globale d'accès à la chirurgie oncologique en fonction de critères de performance, en collaboration avec les agences et les établissements;
- ◆ Définir, en collaboration avec la DAOSMT, les variables requises pour la mesure, la gestion et le suivi de la chirurgie oncologique dans le système SIMASS, pour poursuivre son développement et rendre possible la création de rapports informatisés qui permettront aux établissements, aux agences et au MSSS de suivre les indicateurs développés pour analyser la performance et l'atteinte des cibles ministérielles d'accès partout en province. Ces outils informatiques, disponibles en temps réel, permettront à tous de suivre quotidiennement l'évolution de l'accès à la chirurgie oncologique;
- ◆ Maintenir la collaboration avec les responsables de l'accès des agences afin de les soutenir dans leurs démarches d'optimisation des processus du mécanisme de l'accès à la chirurgie oncologique, en ajustant, par exemple, la capacité opératoire en fonction de la demande.

Des agences de la santé et des services sociaux

- ◆ Assurer la coordination régionale et soutenir les établissements où se pratiquent des chirurgies oncologiques afin qu'ils développent un plan d'action local permettant la consolidation de la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et assurant la prise en charge de la clientèle dans les délais prescrits;
- ◆ Évaluer l'accès à la chirurgie oncologique sur leur territoire et encourager la mise en place de projets novateurs visant son optimisation;
- ◆ Diffuser les informations pertinentes concernant le mécanisme central de gestion de l'accès (délais d'attente en chirurgie oncologique dans chaque établissement de son territoire, etc.) aux partenaires locaux (médecins, établissements, organismes communautaires, etc.);
- ◆ Élaborer un plan régional d'amélioration de l'accès à la chirurgie oncologique qui prend en compte l'offre et la demande globale en chirurgie oncologique et soutenir les établissements dans la mise en place de leurs plans locaux d'amélioration de l'accès dans ce secteur.

Des établissements où se pratiquent des chirurgies oncologiques

- ◇ Développer un plan d'action local afin de consolider la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, assurant ainsi une gestion optimale en fonction de la capacité de production des blocs opératoires;

N. B. Le chef médical de la spécialité chirurgicale concernée et le chargé de secteur en chirurgie oncologique sont responsables du bon fonctionnement du mécanisme de gestion de l'accès dans leur service. Ces derniers doivent être régulièrement en lien avec le responsable local du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement.

- ◇ Plus précisément, pour consolider l'implantation du mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, l'établissement doit faire en sorte que **les quatre aspects suivants** soient pris en compte :

Qualité des données saisies :

- S'assurer que tous les chirurgiens identifient clairement les chirurgies oncologiques sur la requête opératoire, et ce, pour les cancers **suspectés ou confirmés**;
- S'assurer qu'un processus de mise à jour **continu** des données colligées dans SIMASS en chirurgie oncologique est implanté et suivi rigoureusement. Ce processus doit faire en sorte d'éviter que des patients ne devant pas apparaître à la liste y figurent, et que des patients devant y être n'y soient pas;

Processus optimal :

- Définir et mettre en place des modalités efficaces d'acheminement des requêtes opératoires signées par le chirurgien, de manière à ce qu'elles transitent rapidement dans les secteurs responsables de la préparation du programme opératoire quotidien ou du prébooking. Ces modalités contribueront à optimiser le parcours de la requête et à éviter des délais qui rendent difficile à atteindre l'objectif d'opérer le patient dans les 28 jours suivant la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien;
- Établir un processus formel de suivi des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale pour un cancer **suspecté ou confirmé**, afin de suivre l'évolution de leur dossier de manière à ce qu'ils soient opérés dans un délai respectant les cibles ministérielles. S'assurer d'une gestion efficace des non-disponibilités personnelles et médicales dans le système SIMASS, pour éviter que les jours de non-disponibilité soient calculés dans le temps d'attente. Dès que le patient redevient disponible, l'établissement doit retirer la non-disponibilité de SIMASS pour que le calcul de l'attente se poursuive;
- Élaborer un système permettant d'informer les patients de leur cheminement, dès le début du processus. De ce fait, transmettre au patient toutes les dates de rendez-vous en lien avec son intervention chirurgicale, dès la réception de la requête opératoire (dates des examens liés à l'évaluation préopératoire, date prévue de la chirurgie, etc.);

Analyse des données :

- Analyser en continu l'accès en chirurgie oncologique et déployer des stratégies proactives (plan de contingence) pour éviter qu'une problématique prévisible quelques semaines à l'avance ne se concrétise et ainsi ne permette plus à l'établissement de respecter les cibles ministérielles;

Rétroaction :

- Développer un système assurant en tout temps la fluidité des communications entre les différents partenaires;
- Coordonner l'ensemble des soins, de la réception de la requête opératoire à la réalisation de la chirurgie.

SEGMENTATION DU TEMPS D'ATTENTE

L'adoption du projet de loi 33 oblige l'implantation d'un mécanisme central de gestion de l'accès en chirurgie oncologique. Comme ce mécanisme doit permettre aux patients requérant ces services d'y accéder dans des délais respectant les cibles ministérielles, il importe de déterminer quand l'attente commence et quand elle se termine, ainsi que les conditions s'y rattachant.

Début de l'attente

Le calcul du temps d'attente débute à la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien requérant la chirurgie oncologique.

Le mécanisme établit les éléments importants liés au début officiel de l'attente et à la décision d'opérer. En fait, l'élément représentant un préalable pour amorcer le temps d'attente est la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien. En signant la requête opératoire, il est tenu pour acquis que le chirurgien considère que son patient est prêt pour sa chirurgie.

Le processus de prise en charge du patient doit débiter dès la réception de la requête opératoire, pour permettre que toutes les étapes préalables à la chirurgie soient rapidement réalisées et que la chirurgie se fasse au plus tard 28 jours après la date de signature de la requête opératoire.

Ainsi, chaque établissement doit établir un processus lui permettant de récupérer rapidement les requêtes opératoires signées par les chirurgiens.

De cette manière, le chargé de secteur en chirurgie oncologique pourra immédiatement déterminer la date prévue pour la chirurgie tout en respectant les cibles ministérielles. Il pourra ainsi aviser immédiatement les patients de toutes les dates de rendez-vous en lien avec la chirurgie.

Fin de l'attente

L'attente pour une chirurgie prend fin le jour où le patient est opéré.

Qui est en attente ?

Le mécanisme s'applique à tous les patients en attente d'une chirurgie oncologique. Notez qu'en cours d'attente, les patients devenant non disponibles pour leur chirurgie pour des raisons personnelles ou médicales verront leur temps d'attente suspendu (en « pause »).

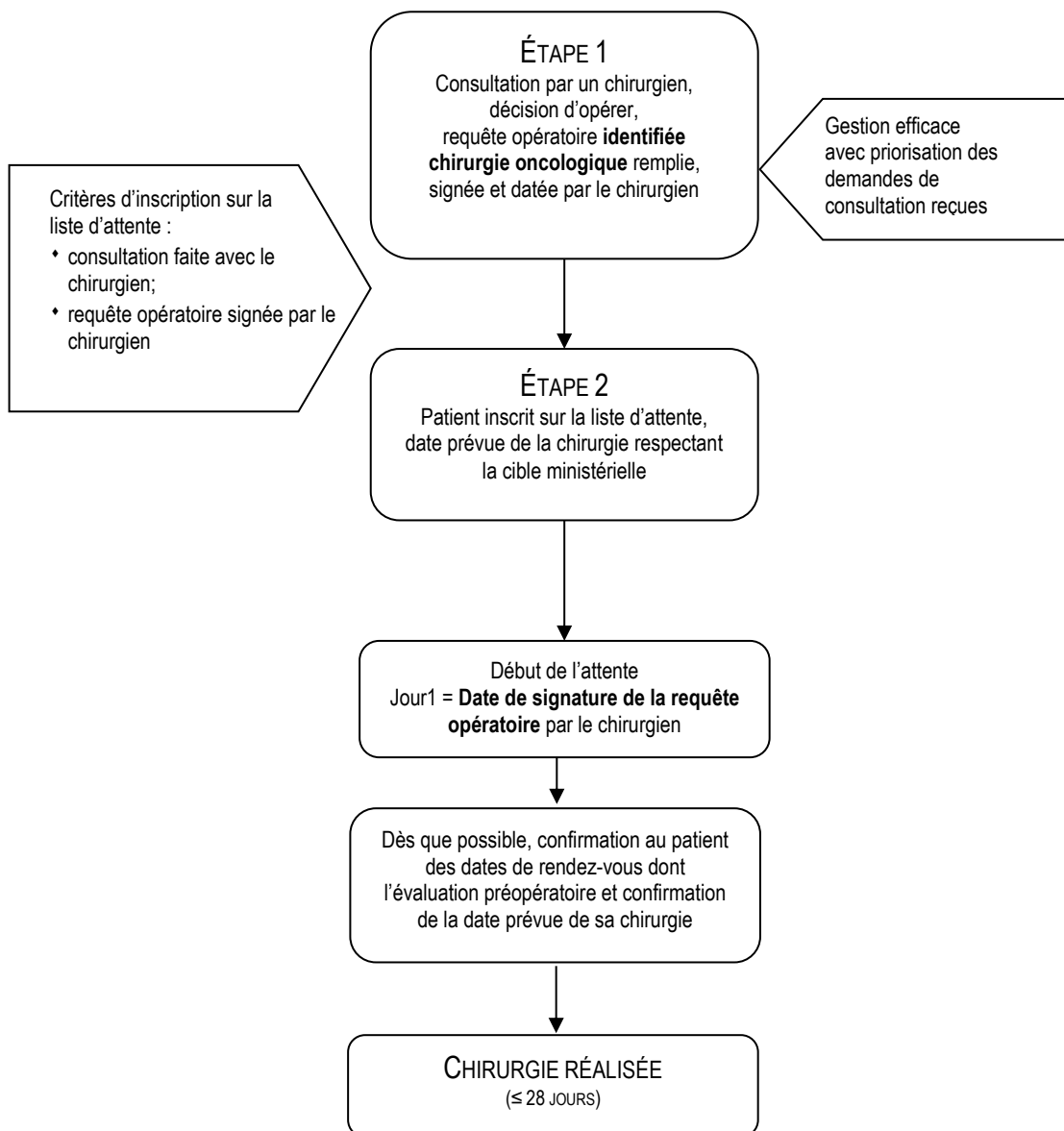
Tableau 1-Différence entre le calcul de l'attente en chirurgie oncologique et en chirurgie

| Domaine | Début de l'attente | Fin de l'attente | Pause |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| Chirurgie oncologique | Date de signature de la requête | Chirurgie réalisée | Non-disponibilité pour raison personnelle ou médicale |
| Chirurgie | Date de réception de la requête | Chirurgie réalisée | Non-disponibilité pour raison personnelle ou médicale |

N. B. En tout temps entre le début et la fin de l'attente, le patient doit être avisé si un événement était susceptible d'affecter son délai d'attente.

SCHÉMA DU MÉCANISME CENTRAL DE GESTION DE L'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

Voici le schéma du mécanisme d'accès illustrant chacune des étapes. Le but de son instauration consiste à donner, à toute personne dont l'état justifie une intervention chirurgicale pour un cancer **suspecté ou confirmé**, l'accès à ce service en temps opportun, tout en respectant les cibles ministérielles. Dans les pages qui suivent ce schéma se trouvent les actions attendues par les établissements, les agences et le MSSS relativement aux deux ÉTAPES définies dans cette illustration.



ÉTAPE 1 : CONSULTATION PAR UN CHIRURGIEN, DÉCISION D'OPÉRER, REQUÊTE OPÉRATOIRE IDENTIFIÉE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE REMPLIE, SIGNÉE ET DATÉE PAR LE CHIRURGIEN

Qui fait quoi ?

L'établissement

Le chirurgien

Lorsque la consultation est faite et que la décision d'opérer est prise, ce dernier :

- Remplit une requête opératoire en identifiant clairement le caractère oncologique de la chirurgie devant être réalisée. L'identification peut se faire en cochant la case « chirurgie oncologique » prévue à cet effet sur la requête opératoire. Le site tumoral doit également être clairement précisé sur la requête;
- Signe la requête opératoire en prenant soin d'inscrire la date de signature, car cette date devient le point de départ pour le calcul du temps d'attente;
- Informe le patient, avant que ce dernier quitte son bureau, qu'il doit l'opérer et qu'à cet effet, un membre du personnel le contactera pour établir les dates des différents rendez-vous, dont l'évaluation préopératoire, ainsi que pour lui confirmer une date de chirurgie se situant dans les 28 prochains jours;
- Transmet rapidement la requête opératoire au **point de chute unique déterminé par l'établissement afin que toutes les requêtes pour chirurgie se retrouvent au même endroit à l'hôpital.**

Le chargé de secteur en chirurgie oncologique

- Détermine, avec son établissement, un point de chute unique pouvant accueillir les requêtes opératoires en chirurgie oncologique et s'assure que la localisation de ce point de chute est connue par l'ensemble du personnel médical et clérical de l'hôpital concerné par le mécanisme d'accès à la chirurgie;
- Effectue **une mesure et une gestion active de la liste d'attente en chirurgie oncologique**, à une fréquence quotidienne et en collaboration avec le chef médical de la spécialité chirurgicale concernée;
- S'assure que les patients peuvent compter sur un suivi personnalisé et subissent leur intervention chirurgicale dans les délais médicaux prescrits, tout en respectant les cibles ministérielles définies;
- Agit à titre de personne ressource pour la chirurgie oncologique au sein de son établissement, entre autres pour le responsable local de l'accès;
- Collabore étroitement avec le responsable local de l'accès en le tenant informé, par exemple, de l'état de la liste d'attente et de la production en chirurgie oncologique dans l'établissement, mais aussi de toutes les problématiques pouvant affecter l'accessibilité à ce service.

Le responsable local de l'accès

- Transmet l'information sur les délais et la production chirurgicale à la direction générale qui, de son côté, en fera rapport trimestriellement à son conseil d'administration;
- Collabore avec le responsable régional de l'accès en l'informant, par exemple, de toute situation problématique pouvant nuire à l'accès à la chirurgie oncologique et des mesures envisagées pour résoudre la problématique.

Le directeur des services professionnels

- Demeure **ultimement imputable** de l'accès dans les délais prescrits, de la consolidation de la mise en place et du fonctionnement du mécanisme d'accès dans son établissement.

L'Agence

Le responsable régional de l'accès

- Accompagne les établissements dans leur mesure et leur gestion actives de l'accessibilité à la chirurgie oncologique;
- Dispose de toutes les informations relatives aux délais d'attente et à la production chirurgicale afin de pouvoir les transmettre sur demande aux acteurs qui dépendent de l'établissement où les chirurgies oncologiques sont réalisées;
- Travaille en collaboration avec les chargés de secteur en chirurgie oncologique et les responsables locaux de l'accès afin que la capacité opératoire de tous les établissements où se pratique la chirurgie oncologique sur son territoire soit en adéquation avec la quantité de demandes de chirurgie;
- Informe le MSSS de toute situation problématique pouvant nuire à l'accès en chirurgie oncologique dans les établissements de son territoire et propose des mesures pour résoudre la problématique identifiée.

Le MSSS

La Direction québécoise de cancérologie et l'équipe ministérielle de l'accès

- Soutiennent les agences et les établissements dans leurs fonctions respectives. Lors d'une situation nécessitant une expertise particulière, une agence peut en tout temps solliciter l'expertise de la Direction québécoise de cancérologie et de l'équipe ministérielle de l'accès, dans son intervention de support avec un établissement de sa région;
- Génèrent et rendent disponible tout rapport comparatif portant sur l'accès aux services sur une base régionale, territoriale ou par établissement.

ÉTAPE 2 : PATIENT INSCRIT SUR LA LISTE D'ATTENTE, DATE PRÉVUE DE LA CHIRURGIE RESPECTANT LA CIBLE MINISTÉRIELLE

N. B. Il est important de convenir que la réalisation de la chirurgie requise dans les délais est une responsabilité organisationnelle.

Le mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique chapeaute la prise en charge individualisée de toutes les requêtes opératoires de nature oncologique. Afin d'arriver à une prise en charge optimale de tous les patients nécessitant ce type de chirurgie, l'utilisation de SIMASS et des outils de gestion du bloc opératoire est incontournable.

Qui fait quoi ?

Le chargé de secteur en chirurgie oncologique

Une fois la requête opératoire dûment remplie, signée, datée et déposée par le chirurgien au point de chute désigné à cet effet, le chargé de secteur en chirurgie oncologique doit s'assurer de la réalisation adéquate des prochaines actions :

- ◆ Récupérer les requêtes au point de chute selon la fréquence établie par l'établissement et connue de tous les intervenants et gestionnaires participant au mécanisme d'accès;
- ◆ Vérifier le contenu des requêtes afin de s'assurer que toutes les informations pertinentes sont clairement indiquées sur cette dernière et récupérer rapidement, lorsque cela s'avère nécessaire et selon le processus convenu par l'établissement, les données manquantes sur la requête;
- ◆ Inscrire le patient sur la liste d'attente en remplissant tous les champs nécessaires et prévus dans le système SIMASS, entre autres la date de signature de la requête opératoire, la date de réception de la requête, la date d'inscription de la requête, etc.;
- ◆ Déterminer et entrer dans SIMASS la date prévue pour que la chirurgie du patient soit réalisée dans les délais prescrits et en respectant les cibles ministérielles;
- ◆ Contacter dès que cela est possible le patient, afin de l'informer des dates de ses différents rendez-vous, dont l'évaluation préopératoire, ainsi que pour lui confirmer la date prévue pour sa chirurgie;
- ◆ Assurer le suivi personnalisé du patient en attente de sa chirurgie et veiller à ce que la date prévue pour sa chirurgie soit respectée, de manière à atteindre les cibles ministérielles.

N. B. Le calcul du délai d'attente s'amorce dès que le chirurgien remplit, signe et date la requête opératoire pour une chirurgie oncologique (jour 1). Le temps d'attente correspond au nombre de jours s'écoulant entre la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien et la date réelle de la chirurgie. Il est donc primordial de récupérer rapidement les requêtes opératoires après la consultation avec le chirurgien, car même si la requête arrive deux semaines plus tard au point de chute déterminé par l'établissement, c'est la date de signature de la requête opératoire qui actionne le chronomètre et non la date de réception ou d'inscription de la requête.

L'établissement

- Met à la disposition du service de chirurgie les ressources organisationnelles permettant la continuité dans le cheminement du patient jusqu'à la réalisation de sa chirurgie.

L'Agence

- Vise l'harmonisation régionale des mécanismes et des pratiques des différents établissements où s'effectuent des chirurgies oncologiques.

Le MSSS

- Vise l'harmonisation des mécanismes et des pratiques au niveau provincial.

À la fin de l'étape 2 du mécanisme d'accès, l'intervention chirurgicale du patient a été réalisée en respectant les cibles du MSSS.

Situation particulière

Par l'implantation d'un mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique, le MSSS a pour objectif que chaque patient nécessitant une chirurgie de nature oncologique soit opéré par son chirurgien dans un délai respectant les cibles ministérielles.

Le MSSS vise à ce que chaque établissement prenne les moyens pour ajuster sa capacité opératoire de manière à répondre à la demande. De ce fait, il considère que la majorité du temps, les transferts interétablissements devraient être évités.

Ainsi, lors de situations imprévisibles et rarissimes, après avoir épuisé toutes les solutions leur permettant de prendre en charge leur clientèle habituelle à l'interne (réorganisation du travail, horaires étendus, réalisation de zones franches, utilisation d'un bloc opératoire régional pour les cas de chirurgie d'un jour, etc.), le recours aux transferts interétablissements pourrait être envisagé. Toutefois, cette solution doit être entérinée au préalable par l'Agence et le MSSS.

N. B. En tout temps entre le début et la fin de l'attente, le patient devra être avisé si un événement était susceptible d'affecter son délai d'attente et, par le fait même, l'accès à sa chirurgie.

msss.gouv.qc.ca/cancer

12-902-10W