
DIRECTION
QUÉBÉCOISE
DE CANCÉROLOGIE

Optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire

Cadre de référence

Septembre 2014

Ce document a été élaboré par la Direction québécoise de cancérologie (DQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Équipe de projet et de rédaction

Docteur Jean Latreille, directeur

Madame Michelle Rompré, directrice adjointe

Monsieur Charles Boily

Madame Sophie Dubé

Madame France Paquette

Madame Mélanie Morneau, coordonnatrice du projet et rédactrice principale

Mise en page

Madame Isabelle Pelchat

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71114-8 (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.

© Gouvernement du Québec, 2014

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| 1. Mise en contexte | 1 |
| 2. Modèle d'organisation pour l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire | 2 |
| 3. Rôles et responsabilités – palier national | 3 |
| 3.1. Direction québécoise de cancérologie | 3 |
| 3.2. Concertation ministérielle | 4 |
| 3.3. Coordination nationale | 4 |
| 3.4. Concertation nationale | 5 |
| 3.5. Liaison DQC-régions | 6 |
| 4. Rôles et responsabilités – palier régional | 6 |
| 4.1. Rôles et obligations de la Direction régionale de cancérologie | 6 |
| 4.2. Coordination régionale ou interrégionale | 7 |
| 4.3. Concertation régionale ou interrégionale | 8 |
| 5. Rôles et responsabilités – palier des établissements | 8 |
| 5.1. Centres de référence | 9 |
| 5.2. Centres affiliés | 9 |
| 5.3. Centres partenaires | 9 |
| 5.4. Prestataires de soins et de services de la première ligne | 9 |
| 6. Conclusion | 10 |

1. MISE EN CONTEXTE

Le cancer du poumon étant le deuxième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la première cause de décès par cancer au Québec tant chez la femme que chez l'homme, il importe de revoir l'ensemble de l'offre de soins et de services au patient atteint de cancer du poumon et de privilégier les actions qui ont un effet sur la prévention et le diagnostic précoce de ce cancer dans un premier temps. Pour ce faire, le développement d'une offre de soins et de services en réseau, telle que privilégiée dans le Plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie (DQC), semble être une approche prometteuse.

La désignation, en février 2014, de centres de référence, affiliés et partenaires en cancérologie pulmonaire, et la formalisation des corridors de services bidirectionnels permettra, dans un premier temps, d'assurer une prestation de soins et de services coordonnée, et ce, pour l'ensemble de la population québécoise. La deuxième étape de notre démarche consiste à mettre en place les conditions propices à l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire, ce qui nécessitera un travail collaboratif des instances tant au niveau des établissements qu'aux niveaux régional et national.

Le présent document a pour objectif de présenter le modèle d'organisation proposé qui permettra d'optimiser l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire. Il vise également à clarifier les rôles et les obligations des établissements de la santé et des services sociaux, des agences et du MSSS.

2. MODÈLE D'ORGANISATION POUR L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES EN CANCÉROLOGIE PULMONAIRE

Le modèle d'organisation repose principalement sur le Réseau de cancérologie du Québec, à travers lequel les instances, tant au niveau des établissements qu'aux niveaux régional et national, s'influencent mutuellement (voir figure 1).

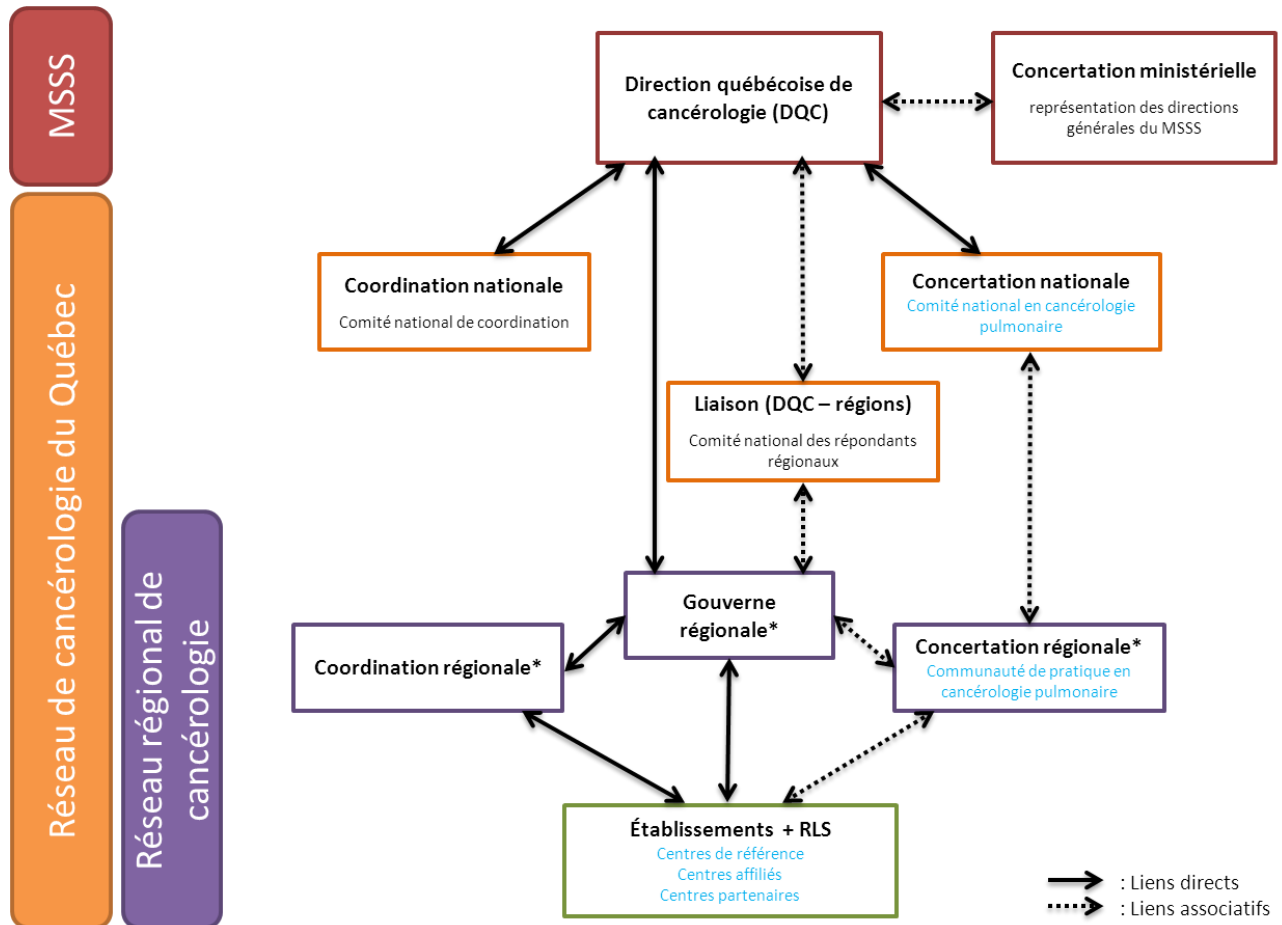


Figure 1. Représentation schématique de l'intégration du projet d'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire dans le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)¹

¹ Les éléments du Réseau de cancérologie du Québec spécifiques à l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire sont indiqués en bleu. RLS : réseau local de services. * : Les fonctions de gouverne, de coordination et de concertation régionales sont assumées par une ou plusieurs instance(s) mandatée(s) à cet effet. La structure adoptée peut varier selon la région afin de tenir compte de la réalité régionale et des ressources disponibles.

Au niveau national, on retrouve l'équipe de projets de la DQC qui est composée du directeur et des professionnels attirés au projet. Les orientations stratégiques sont soumises au comité national de coordination pour validation. La liaison avec les régions se fait par l'intermédiaire du comité national des répondants régionaux. Le Comité national en cancérologie pulmonaire est mis en place pour conseiller la DQC quant aux normes et standards de pratique. Ces comités sont sous l'autorité de la DQC. La DQC coordonne également les actions à mettre en œuvre auprès des autres directions générales du MSSS. Les rôles et responsabilités des instances nationales sont présentés à la section 3.

Au niveau régional, on retrouve une instance de coordination et une instance de concertation qui regroupe les leaders régionaux en cancérologie et où seront adressés les sujets portant sur l'optimisation des soins et services en cancérologie pulmonaire. La gouverne régionale² est responsable d'établir les liens entre ces deux instances et d'assurer le suivi du dossier. Les rôles et les obligations des agences sont présentés à la section 4.

Au niveau des établissements, l'organisation proposée regroupe les centres de référence, les centres affiliés et les centres partenaires avec leurs réseaux locaux de services, le cas échéant. Les rôles et les obligations de ces derniers sont présentés à la section 5. Les prestataires de soins de la première ligne devront également être mis à contribution dans le cadre de la réalisation de ces travaux qui visent l'optimisation de la trajectoire complète de soins et de services en cancérologie pulmonaire.

3. RÔLES ET RESPONSABILITÉS – PALIER NATIONAL

3.1. Direction québécoise de cancérologie

La DQC est responsable de diriger l'ensemble des travaux visant l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire au Québec, et ce, au niveau de la planification, des opérations et de l'évaluation. Plus spécifiquement, elle assure la bonne coordination et l'harmonisation de toutes les actions ayant un impact important sur les diverses étapes de la trajectoire de soins et de services en cancérologie pulmonaire, que ce soit entre les diverses directions (par la concertation ministérielle) ou entre les différentes régions (par les activités de liaison). Ses responsabilités incluent les éléments suivants :

- Régir les comités nationaux;
- Analyser, entériner et soutenir la mise en œuvre des recommandations émanant des travaux des comités nationaux;
- Définir les orientations ministérielles et les priorités d'action en fonction du plan d'action 2013-2015 de la DQC;

² Comme défini au Plan directeur en cancérologie, la gouverne régionale est composée du directeur régional de cancérologie, du répondant régional, des cogestionnaires médical et clinico-administratif et du directeur régional de la santé publique.

- Diffuser dans le Réseau de cancérologie du Québec les orientations ministérielles de même que les normes, les guides et les outils développés nationalement;
- Accompagner les gouvernes régionales dans la réalisation de leurs rôles et responsabilités;
- Évaluer la performance clinique et administrative de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire selon une démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.2. Concertation ministérielle

La concertation ministérielle est réalisée auprès de représentants des directions générales du MSSS. Ce comité est mis en place afin de coordonner les actions liées aux soins et aux services en cancérologie entre les différentes directions du MSSS.

3.3. Coordination nationale

Le comité national de coordination valide les orientations stratégiques en lien avec l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire. Il peut également conseiller la DQC en regard, par exemple, de la planification et de la répartition des ressources humaines, matérielles et technologiques sur le territoire. Le mandat de ce comité concernant l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire est le suivant :

Mandat global :

Conseiller la DQC sur les enjeux et les priorités relatifs au déploiement de l'offre de services en cancérologie pulmonaire.

Mandats spécifiques :

- Donner un avis sur la planification et l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières sur le territoire;
- Faciliter la formalisation des corridors de services entre les établissements désignés;
- Valider des indicateurs et des cibles organisationnels aux différentes étapes de la trajectoire de soins et de services afin d'assurer une prestation de services de haut niveau à l'échelle du Québec.

Biens livrables :

- Recommandations à la DQC sur les enjeux de nature organisationnelle à prioriser;
- Corridors de services bidirectionnels formalisés;
- Recommandations d'indicateurs et de cibles aux différentes étapes de la trajectoire de soins et de services en cancérologie pulmonaire;
- Soins et services en cancérologie pulmonaire intégrés, hiérarchisés et basés sur des normes de qualité reconnues.

3.4. Concertation nationale

Le rôle de concertation nationale est principalement assumé par le Comité national en cancérologie pulmonaire. Ce comité est composé de médecins spécialistes et d'autres professionnels pratiquant en cancérologie pulmonaire. La sélection des membres tiendra compte de la représentativité des centres de référence, des centres affiliés et des diverses régions.

Le mandat de ce comité est le suivant :

Mandat global :

Conseiller la DQC sur les enjeux et les priorités relatifs aux impératifs cliniques de l'organisation des services en cancérologie pulmonaire, et ce, sur la base des données probantes.

Mandats spécifiques :

- Effectuer une veille scientifique en cancérologie pulmonaire;
- Définir des normes et des standards cliniques aux différentes étapes de la trajectoire de soins et de services afin d'assurer une prestation de services de haut niveau à l'échelle du Québec;
- Reconnaître, adapter, développer ou mettre à jour, le cas échéant, des outils cliniques permettant une pratique fondée sur les données probantes;
- Favoriser l'évolution des pratiques vers les standards reconnus;
- Identifier les besoins en formation et en recherche fondamentale, clinique ou évaluative.

Biens livrables :

- Recommandations à la DQC sur les enjeux de nature clinique à prioriser;
- Outils cliniques : guides de pratique, algorithmes³, formulaires standardisés, plans de formation, etc.;
- Normes et standards de qualité;
- Trajectoire de soins et de services en cancérologie pulmonaire basée sur les données probantes.

D'autres instances nationales de concertation seront également consultées au besoin. Celles-ci incluent les comités nationaux thématiques selon les groupes de professionnels ou selon des thèmes spécifiques, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

³ Le Groupe d'étude en oncologie du Québec (GÉOQ) a publié en août 2014 des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour le cancer du poumon. Ces travaux ont été réalisés en collaboration avec l'INESSS et grâce au soutien de la DQC. L'algorithme est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/cancer-du-poumon-algorithmes-dinvestigation-de-traitement-et-de-suivi.html>

3.5. Liaison DQC-régions

Le comité national des répondants régionaux est responsable de la mise en œuvre du projet selon les orientations établies par la DQC en collaboration avec les instances nationales de coordination et de concertation. Le mandat de ce comité concernant l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire est le suivant :

Mandat global :

Assister la DQC dans la diffusion et la mise en œuvre des orientations et des priorités relatives à l'optimisation l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire en fonction des expériences vécues régionalement.

Mandats spécifiques :

- Partager les pratiques exemplaires, les outils et les difficultés propres à chaque réseau régional;
- Assurer la diffusion et l'application dans chaque région des orientations ministérielles relatives à l'organisation des soins et des services en cancérologie pulmonaire;
- Rendre compte de l'état d'avancement des plans d'action régionaux.

Biens livrables :

- Portrait de l'offre actuelle de soins et de services et de la trajectoire réelle;
- Outils et procédures partagés;
- État d'avancement du plan d'action régional;
- Offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire conforme aux orientations ministérielles.

4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS – PALIER RÉGIONAL

4.1. Rôles et obligations de la Direction régionale de cancérologie

Le directeur régional de cancérologie a la responsabilité d'encadrer les activités visant l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire de sa région et de faire le lien entre le MSSS et les établissements désignés sur son territoire. Pour ce faire, la gouverne régionale assurera le suivi régulier du dossier et les liens entre les instances de coordination et de concertation régionales et les établissements.

Plus spécifiquement, les responsabilités de la Direction régionale de cancérologie sont les suivantes :

- Procéder à la nomination des centres partenaires de sa région et en aviser la DQC;
- Pour chaque établissement désigné (référence, affilié ou partenaire), fournir à la DQC le nom des membres de l'équipe multidisciplinaire en cancérologie pulmonaire;
- Établir des corridors de services formels entre les centres affiliés, les centres partenaires et les centres de référence de sa région et les transmettre à la DQC;

- Faire le suivi des désignations des centres de référence, affiliés et partenaires dans sa région (plan d'action et rapport annuel; voir section 5) et en faire rapport à la DQC;
- Organiser des activités régionales de coordination et de concertation en cancérologie pulmonaire (voir sections 4.2 et 4.3);
- Libérer son répondant régional afin qu'il puisse participer aux activités de liaison (voir section 3.5);
- Procéder à l'optimisation de l'offre régionale de soins et de services en cancérologie pulmonaire (cette démarche sera encadrée par la DQC par l'entremise des activités de liaison) :
 - 1) faire un état de situation de l'offre de services et la trajectoire actuelle en lien avec la trajectoire type (un canevas sera fourni par la DQC),
 - 2) établir un plan d'action pour l'optimisation de l'offre régionale de soins et de services en cancérologie pulmonaire,
 - 3) mettre en œuvre le plan d'action tout en s'assurant de se conformer aux orientations ministérielles.

4.2. Coordination régionale ou interrégionale

Chaque réseau régional ou interrégional doit organiser des activités de coordination afin d'assurer l'opérationnalisation de l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire. Dans la majorité des cas, ceci impliquera de modifier le mandat du comité régional de coordination déjà en place afin d'y inclure ou de prioriser ces travaux. Voici quelques-unes des responsabilités dévolues au comité régional de coordination qui seront mises à profit lors de l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire :

- Suggérer des orientations pour optimiser l'offre dans tout le continuum de soins et de services;
- S'assurer de l'application des normes nationales dans le développement de l'offre de soins et de services;
- Faciliter la formalisation de corridors de services bidirectionnels entre les établissements désignés;
- Soutenir les efforts des établissements pour réduire les délais dans l'accès aux soins et aux services;
- Veiller à la présence et à l'attribution équitable des ressources financières, matérielles, médicales et professionnelles entre les centres de référence, les centres affiliés et les centres partenaires;
- Conseiller la gouverne régionale quant à l'évaluation de la performance de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire.

Le comité régional de coordination devra soutenir la gouverne régionale dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action pour l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire.

4.3. Concertation régionale ou interrégionale

Chaque réseau régional ou interrégional doit également se doter d'une communauté de pratique en cancérologie pulmonaire. Celle-ci réunira les leaders régionaux à toutes les étapes du continuum de soins, incluant la santé publique ainsi que les diverses disciplines médicales et professionnelles qui s'impliquent dans les soins et les services. Elle soutiendra la gouverne afin de définir la trajectoire réelle des patients atteints de cancer du poumon de sa région, d'identifier les écarts par rapport aux normes établies par le MSSS et de prioriser les actions à mettre en œuvre. Ses travaux devront faciliter le respect des normes et des meilleures pratiques et permettre une plus grande cohérence dans les pratiques à l'échelle de la région.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS – PALIER DES ÉTABLISSEMENTS

Les soins et les services aux personnes atteintes de cancer du poumon sont offerts par les centres de référence, les centres affiliés et les centres partenaires qui ont été désignés par le MSSS ou l'agence. L'obtention des désignations est tributaire du respect de certaines conditions qui ont été établies par le MSSS. Celles-ci seront appelées à évoluer en fonction de l'avancement des travaux présentés dans ce cadre de référence. Ceci permettra notamment de couvrir l'ensemble de la trajectoire de soins et de services des patients atteints du cancer du poumon afin de refléter la prise en charge multidisciplinaire de ce cancer.

Chaque établissement désigné devra fournir à son agence un plan d'action qui fait état, pour chaque condition de désignation, de :

- l'état de situation actuel de l'établissement en regard de cette condition;
- l'écart entre la situation actuelle et la cible, le cas échéant;
- les mesures à mettre en place pour atteindre ou maintenir l'atteinte de la cible;
- les échéanciers.

Le plan d'action de l'établissement devra tenir compte des résultats des analyses des indicateurs et des enquêtes sur les expériences des patients.

De plus, afin de maintenir sa désignation, chaque établissement devra fournir annuellement un rapport faisant état des résultats obtenus pour chaque condition de désignation. Si une condition n'est pas respectée, l'établissement devra convenir avec l'agence des mesures à mettre en place pour corriger la situation, sans quoi la désignation pourrait être retirée l'année suivante.

Les établissements qui le désirent pourront soumettre leur candidature afin d'obtenir une désignation de niveau supérieur. Pour ce faire, ils devront présenter un plan d'affaires à leur agence et au MSSS. Les propositions seront analysées en tenant compte de la capacité de l'établissement à rencontrer l'ensemble des exigences requises par le niveau de désignation demandé.

5.1. Centres de référence

Ces établissements sont reconnus pour leur expertise de pointe en cancérologie pulmonaire et traitent annuellement un volume suffisant de cas pour maintenir la compétence de l'équipe. Ils possèdent une équipe surspécialisée dédiée au cancer du poumon qui a obtenu une désignation de niveau 3 ou 4.

5.2. Centres affiliés

Ces établissements sont généralement des centres qui traitent annuellement un volume de cas important, mais inférieur à celui retenu pour les centres de référence. Ces centres doivent maintenir leurs activités afin d'assurer une couverture géographique adéquate des services et de permettre aux patients de recevoir les soins et les services dont ils ont besoin, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie et dans des délais acceptables. Ils doivent établir une entente formelle de services et une collaboration étroite avec un centre de référence afin, notamment, de participer au comité de diagnostic et des thérapies du cancer (CDTC) du centre de référence et de transférer les cas plus complexes au besoin. La preuve de cette entente devra être transmise au MSSS.

5.3. Centres partenaires

Ces établissements sont généralement des centres où l'on n'opère pas les cas de cancer du poumon, mais où d'autres soins et services aux personnes atteintes de cancer du poumon sont offerts en collaboration avec les centres de référence ou affiliés. Les centres partenaires doivent être recommandés par leur agence à la DQC.

Certains centres partenaires ont un statut particulier³ puisqu'ils peuvent poursuivre leurs activités chirurgicales malgré le fait qu'ils opèrent un petit nombre de patients annuellement, et ce, afin de maintenir une couverture géographique adéquate des services en cancérologie pulmonaire. Ces centres partenaires sont tenus de se conformer à l'ensemble des conditions de désignation des centres affiliés, à l'exception du volume.

5.4. Prestataires de soins et de services de la première ligne

Les intervenants de première ligne, que ce soit les CLSC, les cliniques privées, les groupes de médecine familiale, les pharmacies communautaires ou les organismes communautaires, ont un rôle incontournable à jouer dans la trajectoire de soins et de services des patients atteints de cancer du poumon, en particulier à l'étape de l'investigation et lors du retour du patient dans son milieu de vie. Ces ressources devront être considérées et devront s'impliquer, lorsque requis, dans les travaux visant l'optimisation de l'offre de soins et de services au niveau régional.

³ Pour le moment, seul le CSSS de Sept-Îles a obtenu ce statut.

6. CONCLUSION

Compte tenu de l'incidence considérable et du taux de mortalité important du cancer du poumon, l'optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire constitue une priorité d'action pour la DQC. Ces travaux nécessiteront une collaboration étroite entre les divers intervenants des paliers national et régional de même que ceux des établissements. Cette collaboration pourra s'exercer à l'intérieur du RCQ. Afin d'assurer une meilleure compréhension de la démarche, celle-ci peut être subdivisée en quatre grandes étapes :

1. Suivi des désignations et réseautage par la formalisation des corridors bidirectionnels de soins et de services;
2. Réalisation de l'état de situation de l'offre actuelle de soins et de services en cancérologie pulmonaire dans les régions en lien avec la trajectoire type;
3. Identification, avec les experts du domaine, des standards de pratique clinique et organisationnelle aux différentes étapes de la trajectoire de soins et de services en cancérologie pulmonaire;
4. Optimisation de l'offre régionale de soins et de services en cancérologie pulmonaire en fonction des standards identifiés selon une démarche d'amélioration continue de la qualité (indicateurs et cibles).

Le résultat attendu de cette démarche est une offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire améliorée à tous les niveaux (accessibilité, qualité, optimisation), et ce, à chacune des étapes, de la prévention aux soins de fin de vie. Par ailleurs, le cancer du poumon servira de modèle pour l'application des principes fondateurs du Plan directeur de la DQC et pour l'instauration d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Par la suite, les apprentissages tirés de cette démarche pourront être appliqués aux autres sièges tumoraux.

WWW.MSSS.GOUV.QC.CA/CANCER

14-902-03W