

ANNEXE 3

MATRICE D'ÉVALUATION DES ÉQUIPES/ÉTABLISSEMENTS

Table des matières

Introduction	2
Section A Structure.....	6
Section B Ressources humaines	24
Section C Le modèle de fonctionnement	27
Section D Démarche d'évaluation	32
Section E Infrastructure	36
Section F PQDCS	39
Section G Désignation suprarégionale.....	48
<u>Annexes</u>	69

INTRODUCTION

 PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER 

Groupe-conseil de lutte contre le cancer

MATRICE D'ÉVALUATION DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES / ÉTABLISSEMENT (Version 06-1a)

IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE / ÉTABLISSEMENT :

CSSS :	<input type="text"/>
CH :	<input type="text"/>
CHU, CHA, Institut :	<input type="text"/>
Région :	<input type="text"/>

Ce document a été complété par : (Indiquer le(s) nom(s) et le
(s) titre(s))

Instructions particulières pour déterminer quelle section compléter?

Pour un établissement qui dispense des services sur plusieurs sites	Compléter un document additionnel qui a trait à la : <ul style="list-style-type: none">✓ Section A (Question 6.2 et suivantes jusqu'à la fin)✓ Section E <u>pour chaque site</u>
Pour une équipe locale sur plusieurs sites	Compléter un document additionnel qui a trait à la : <ul style="list-style-type: none">✓ Section B (Questions 8 et 9)✓ Section C <u>pour chaque site, si les intervenants sont différents</u>
Pour une équipe de soins palliatifs intégrée	Compléter un document qui a trait à la : <ul style="list-style-type: none">✓ Section B (questions 8 et 9)✓ Section C
Pour chaque équipe dédiée à un siège tumoral	Les Section B (question 8 et 9) et C <u>n'ont pas à être complétées</u> car la section G est complétée
Pour chaque équipe dédiée à une problématique spécifique	Les Section B (question 8 et 9) et C <u>n'ont pas à être complétées</u> car la section G est complétée

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), lancé en 1998, propose un ensemble de services intégrés de lutte contre le cancer centré à la fois sur la population et sur la personne atteinte, allant de la prévention aux soins palliatifs de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. L'approche préconisée est globale et vise à responsabiliser une gamme élargie d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dans chaque région du Québec, au regard de la lutte contre le cancer.

L'objectif à atteindre est la **mise en œuvre d'un réseau de services intégrés** qui permettra d'offrir des services de qualité centrés sur la personne et accroître l'accessibilité aux services et à l'expertise. Pour faciliter sa concrétisation, tout en misant sur une amélioration continue de la qualité, un processus d'évaluation est préconisé.

Ainsi, dans le cadre de la mise en place du continuum de services intégrés, la Direction de la lutte contre le cancer a confié à un Groupe-conseil le mandat d'évaluation du Programme de lutte contre le cancer des équipes interdisciplinaires/établissement, ce en vue de leur reconnaissance. (Voir le mandat à l'Annexe I et les orientations fondamentales à l'Annexe II)

Ce **processus formel de reconnaissance de l'équipe interdisciplinaire/établissement** se fera en fonction :

- . Des responsabilités à assumer au regard de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services
- . Des dispositions prévues par la loi
- . Des exigences de fonctionnement en réseau

À cet effet, une matrice d'évaluation qui s'inspire des principes du PQLC et de l'avis « Le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches : paramètres d'organisation » a été élaborée et constitue l'instrument qui permettra d'apprécier le programme offert par chaque équipe interdisciplinaire/établissement en fonction du mandat préconisé.

Ainsi donc, la programmation de lutte contre le cancer de chaque établissement devra détailler :

- . L'engagement formel de l'établissement et des diverses parties concernées ;
- . La structure organisationnelle (comité d'oncologie, leadership et équipe interdisciplinaire) ;
- . Les aspects détaillés des services offerts ;
- . Les ressources dédiées (humaines, médicaments, etc.) au programme ;
- . Le modèle de fonctionnement des équipes ;
- . Le processus de standardisation et de contrôle de qualité ;
- . L'intégration de l'établissement dans le réseau des services de santé du Québec.

Il faut préciser que la démarche actuelle s'insère dans un **processus évolutif**. Cette première étape d'évaluation des équipes interdisciplinaires/établissements constitue un élan pour le changement. Elle veut encourager les établissements à mettre en place les éléments qui faciliteront le changement préconisé par le PQLC. De plus, elle permettra d'identifier les projets essentiels à actualiser pour obtenir les résultats escomptés. À l'issue des recommandations formulées par le Groupe-conseil, les corrections ou améliorations devront être apportées par les différentes équipes/établissements et un suivi sera assuré.

Lors des prochaines évaluations qui sont prévues au rythme de 3 ans, l'accent sera mis beaucoup plus sur le mode de fonctionnement des équipes et les résultats obtenus dans chaque établissement. Au terme du processus, il sera alors possible d'apprécier l'ensemble des progrès en matière de lutte contre le cancer.

Note :

Dans le lexique à l'annexe III, vous trouverez définies des notions telles qu'équipe interdisciplinaire, l'accessibilité aux services, le fonctionnement en réseau ainsi que d'autres termes pouvant vous aider dans votre compréhension des principes du PQLC. Par ailleurs, il est également demandé de fournir un certain nombre de statistiques. L'objectif est d'éventuellement s'entendre sur les enjeux et cibles à atteindre pour chaque établissement. Certaines données ont déjà été fournies aux régions, lors de l'élaboration du bilan sur la lutte contre le cancer dans les régions, il est suggéré d'y référer comme complément d'information

SECTION A : **STRUCTURE**
(Engagement, Programme et Clientèle)

SECTION B : **RESSOURCES HUMAINES**

SECTION C : **MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE**
(Protocoles, Ententes et Services)

SECTION D : **DÉMARCHE D'ÉVALUATION**

SECTION E : **INFRASTRUCTURE**

SECTION F : **PQDCS**

SECTION Annexes

- I :** Mandat du Groupe-conseil de lutte contre le cancer
- II :** Orientations fondamentales (Attendues lors de la visite d'évaluation des équipes)
- III :** Lexique
- IV :** Type de cancer par Code CIM 9

RÉFÉRENCES

A, B, C, D, E, F : Documents y sont placés par l'équipe visitée pour préparer la visite d'évaluation
(...En référence spécifiques aux demandes contenues dans chacune des sections)

Section A : Structure

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

A STRUCTURE (ENGAGEMENTS, PROGRAMME, CLIENTÈLE)

La modernisation de la lutte contre le cancer s'appuie sur une organisation de services intégrés et hiérarchisés et un cadre de gestion de l'imputabilité qui régissent les opérations du système. L'engagement du conseil d'administration de l'établissement et des différentes directions apparaît comme un préalable incontournable. Cet engagement doit refléter une implication concrète qui soutient les conditions essentielles à une gestion efficace et efficiente du programme de lutte contre le cancer de l'établissement. La description du programme établit comment l'établissement exerce son mandat. On y retrouve des services de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle du territoire de desserte. La préoccupation d'atteinte des résultats, de communication, d'intégration et de coordination est fondamentale.

1. VOTRE ENGAGEMENT *(Organisme auquel l'équipe est rattachée, cocher ce qui s'applique)*

- | | | | |
|-----|--|--|-------------|
| 1.1 | <input type="checkbox"/> ENGAGEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION | <i>(Insérer une copie de la résolution du CA à l'Annexe A-1)</i> | <i>Q A1</i> |
| 1.2 | <input type="checkbox"/> ENGAGEMENT DES DIRECTIONS (DSP, DSI, DSHA) | <i>(Insérer une copie des lettres d'appui à l'Annexe A-1)</i> | <i>Q A2</i> |
| 1.3 | ENGAGEMENT DES CONSEILS, LE CAS ÉCHÉANT
<input type="checkbox"/> CMPD
<input type="checkbox"/> CII
<input type="checkbox"/> CM
<input type="checkbox"/> Autres <i>(Préciser le conseil)</i> : | <i>(Insérer une copie des lettres d'appui à l'Annexe A-1)</i> | <i>Q A3</i> |
| 1.4 | ENGAGEMENT DES DÉPARTEMENTS / SERVICES / PROGRAMMES
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Radio oncologie
<input type="checkbox"/> Hémato oncologie <input type="checkbox"/> Réadaptation
<input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Service d'urgence
<input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Radiologie
<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Autres <i>(Préciser)</i> : | <i>(Insérer une copie des lettres d'appui à l'Annexe A-1)</i> | <i>Q A4</i> |

- 1.5 **ENGAGEMENT DES PARTENAIRES (CLSC, CHSLD, CSSS, ETC.)** *(Insérer une copie des lettres d'appui à l'Annexe A-1)* Q A5
2. **VOTRE MISSION DE LUTTE CONTRE LE CANCER**
(Décrire de façon succincte la mission, ex. : offre de services généraux et soins et services spécifiques à certains sièges tumoraux) Q A6
3. **VOTRE MANDAT**
(Indiquer les principales responsabilités de lutte contre le cancer : voir le lexique à l'Annexe III) Q A7
4. **TERRITOIRE DESSERVI**
(Indiquer le territoire de MRC de desserte de l'équipe) Q A8
5. **STRUCTURE ORGANISATIONNELLE** *(Cocher ce qui s'applique)*
- 5.1 **GESTIONNAIRE RESPONSABLE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER** *(Indiquer le nom du responsable et son titre):* Q A9
- 5.2 **COMITÉ DE COORDINATION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER** *(Voir le lexique à l'Annexe III)*
(Insérer une copie des procès-verbaux des réunions de la dernière année et la liste des membres, à l'Annexe A-2) Q A10
- 5.3 **ORGANIGRAMME DE L'ÉTABLISSEMENT ILLUSTRANT LA PLACE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER ET, LES LIENS ENTRE LES DIFFÉRENTS RESPONSABLES DU PROGRAMME AVEC LES DIFFÉRENTES ENTITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT** *(Insérer l'organigramme, à l'Annexe A-2)* Q A11
6. **PROGRAMMATION**
- 6.1 **CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE** Q A12
- Fournir le profil socio-sanitaire et ethnoculturel en rapport avec la population desservie selon :
(Insérer les données obtenues par [http : //www.gouv.qc.ca/statistiques/population.html](http://www.gouv.qc.ca/statistiques/population.html), à l'Annexe A-3)
 - L'âge (0-14 ans, 15-19 ans, 20-49 ans, 50-69 ans, 70 ans et plus)
 - Le sexe
 - Les types de cancer
 - Les caractéristiques générales ethnoculturelles

Indiquer le pourcentage de clientèle traitée à l'extérieur de votre bassin de desserte : Q A13
 %

Indiquer vers quelle(s) région(s) est référée votre clientèle pour des services ultraspécialisés : Q A14

- Les enfants 0-14 ans
- Les adolescents 15-19 ans
- Les adultes de plus de 19 ans

6.2 DESCRIPTION DES SERVICES

6.2.1 **PRÉVENTION ET PROMOTION** (*Inscrire sommairement en quelques lignes ci-dessous les activités spécifiques reliées au cancer exercées, extraites du plan d'action local en santé publique ou s'il existe un document élaboré S.V.P. l'insérer à l'Annexe A-4*) Q A15

6.2.2 **DÉPISTAGE** (*Cocher ce qui s'applique*)

Vous faites partie du programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (*Compléter la section F*) Q A16

Dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vous avez un :

CDD

CRID

Vous avez un mécanisme de relance pour le suivi des cas anormaux (Nombre : cas):
Décrire le mécanisme

Vous avez intégré le PQDCS au Programme de lutte contre le cancer

Vous ne faites pas partie du programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) Q A16

(*Cocher les services offerts et indiquer le nombre par année*)

Mammographie Q A17

- Échographie du sein
- Biopsie harpon
- Biopsie par mammotome
- Autre (Spécifier) _____

Vous faites du dépistage du cancer du col utérin Q A18

Il y a un laboratoire de cytologie dans l'établissement où est rattachée votre équipe Q A19
Le nombre d'analyses cytologiques **faites par l'établissement** par année est de _____ lames

Vous envoyez analyser les cytologies vers un autre laboratoire : *(Inscrire lequel)* Q A20

Le nombre d'analyses cytologiques **envoyées** par année est de _____ lames

Vous faites du dépistage du cancer colorectal par : Q A21

Recherche de sang occulte dans selles

Lavement baryté

Coloscopie

6.2.3 LES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Q A22

IMAGERIE

<p>Examens d'imagerie pour l'oncologie</p> <p><i>(Cocher le numéro correspondant qui est disponible localement)</i></p>	<p>Si l'examen est non disponible</p> <p><i>(Cocher ce qui n'est pas disponible localement et Indiquer l'établissement public ou privé avec lequel un corridor de services est établi)</i></p>	<p>Vous donnez une information écrite au patient avant l'examen</p> <p><i>(Joindre copie de cette information à l'Annexe A-5)</i></p>	<p>Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la population en général est de :</p> <p><i>(Jours) (Semaines)</i></p>		<p>Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la personne avec suspicion de présence d'un cancer est de :</p> <p><i>(Jours) (Semaines)</i></p>	<p>Le nombre total d'examens réalisés par semaine dans l'établissement où est rattachée votre équipe</p>
<p>1 <input type="checkbox"/> Biopsie en imagerie <i>(Énumérer les types disponibles à l'Annexe A-5)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2 <input type="checkbox"/> Échographie</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3 <input type="checkbox"/> Échographie du sein</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Fraction d'éjection</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4 <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5 <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6 <input type="checkbox"/> Lavement baryté</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7 <input type="checkbox"/> Mammographie</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8 <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9 <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10 <input type="checkbox"/> Résonance magnétique</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11 <input type="checkbox"/> Tomographie axiale</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12 <input type="checkbox"/> TEP</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La plupart des **rapports** des examens ci-dessus sont accessibles par **dictée centrale** en heures ou en jours

Q A23

Sauf pour les examens suivants pour lesquels :

Le délai est plus **court** (Inscrire le(s) **numéro(s)** correspondant(s) de la première colonne du tableau ci-dessus) :

Q A24

Le délai est plus **long** Inscrire le(s) **numéro(s)** correspondant(s) de la première colonne du tableau ci-dessus) :

Q A25

Laboratoire

– Biochimie

(Indiquer ci-dessous les analyses et le **délai** lorsqu'il est de **plus que 24 heures**, entre le prélèvement et la production d'un résultat pour chacune de ces analyses) :

Q A26

Analyses	Délai en jours

– Hématologie

(Indiquer ci-dessous les analyses et le **délai** lorsqu'il est de **plus que 24 heures** entre le prélèvement et la production d'un résultat entre le prélèvement et l'obtention d'un résultat pour chacune de ces analyses) :

Q A27

Analyses	Délai en jours

– Génétique

(Cocher les analyses qui sont disponibles)

Q A28

- BRACA 1
- BRACA 2
- Le test de mutation du gène APC (Polypose familiale)

Vous avez accès à un service de consultation génétique

Q A29

(Indiquer lequel et le délai pour avoir accès à une consultation) :

■ semaines

- Vous référez au privé la réalisation de certaines analyses génétiques ci-dessus :

Q A30

(Cocher lesquelles et indiquer le volume par analyse):

- BRACA 1 ■ analyses /an
 BRACA 2 ■ analyses /an
 Test de mutation du gène APC (Polypose familiale) ■ analyses /an

– Pathologie

- Il y a un pathologiste sur place

Q A31

- Il y a un corridor de service avec : ■

Q A32

La disponibilité du service de pathologie est de ■ heures / semaines, répartie le L M M J V

Q A33

- La lecture des pièces se fait sur place

Q A34

- La lecture « extemporanée » est disponible

Q A35

- Il y a utilisation de formulaires standardisés pour produire les rapports

Q A36

(Insérer le **formulaire standardisé vierge utilisé par le pathologiste pour dicter son rapport** en cas de : cancer du sein, du poumon, de la prostate, du côlon et du rectum à l'Annexe A-6)

(Fournir 5 exemples **dépersonnalisés récents de rapport de pathologie** pour le cancer du sein (5) du côlon (5) et du rectum (5) à l'Annexe A-6)

Le délai pour la transcription du rapport du pathologiste est de ■ semaines, ■ jours.

Q A37

ENDOSCOPIE

Q A38

<p align="center">Examens d'endoscopie</p> <p align="center"><i>(Cocher ce qui est disponible localement)</i></p>	<p align="center">Si l'examen est non disponible</p> <p align="center"><i>(Indiquer l'établissement public ou privé vers lequel un corridor de services est établi pour diriger la personne en investigation)</i></p>	<p align="center">Vous donnez une information écrite au patient avant l'examen</p> <p align="center"><i>(Joindre copie de cette information à l'Annexe A-5)</i></p>	<p align="center">Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la population en général est de :</p> <p align="center"><i>(Jours) (Semaines)</i></p>		<p align="center">Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'examen pour la personne avec suspicion de présence d'un cancer est de :</p> <p align="center"><i>(Jours) (Semaines)</i></p>		<p align="center">Le nombre total d'examens réalisés par semaine dans l'établissement où est rattachée votre équipe est de :</p>
<input type="checkbox"/> Bronchoscopie <input type="checkbox"/> Colposcopie <input type="checkbox"/> Coloscopie <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Gastroskopie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

6.2.4 LES TRAITEMENTS ET LES SERVICES DE SOUTIEN *(Cocher ce qui s'applique)*

6.2.4.1 CHIRURGIE

Q A39

- Énumérez les interventions *(Voir Annexe IV pour détails demandés)* par type de cancer qui ne sont pas déjà énumérées dans le tableau au point 6.3.3 et indiquer le volume *(Insérer cette information à l'Annexe A-7)* Q A40
- Fournir 5 exemples **dépersonnalisés récents** de protocole opératoire pour le cancer du sein (5), du poumon (5), de la prostate (5), du côlon (5) et du rectum (5) à l'Annexe A-6 Q A41

Les chirurgiens utilisent une formulation standardisée pour dicter un protocole opératoire dans les cas de cancer Q A42

6.2.4.2 CHIMIOTHÉRAPIE

Q A43

✚ Concernant l'**accessibilité** aux services de chimiothérapie :

Les jours de la semaine où la clinique de chimiothérapie est ouverte sont :

Q A45

L M M J V S D

Les heures d'ouverture de la clinique de chimiothérapie sont de : [] hre à [] hre

Q A46

✚ En regard de la **chimiothérapie** :

-Elle est **administrée** :

Q A47

- À domicile
 En ambulatoire (patient inscrit) (*Spécifier l'endroit*) : []
 Hospitalisé (patient admis) (*Spécifier l'endroit*) : []

-La **prescription** peut être faite par

Q A48

- L'hématologue
 L'oncologue médical
 Le chirurgien (*Spécifier la spécialité*) : []
 L'interniste
 Un autre médecin (*Spécifier*) : []

-Le **délai** entre :

- La consultation et la prescription d'un protocole et les disponibilités du milieu pour débiter une chimiothérapie est de [] jours (ou [] semaines)

Q A49

Les facteurs identifiés responsables de ces délais sont :

Q A50

[]

- L'inscription à l'hôpital du patient et le début de sa perfusion, le jour de sa visite est de [] heures (ou [] minutes)

Q A51

Les facteurs identifiés responsables sont (*ex. : enregistrement, prise de sang, rapport de laboratoire non disponible*) :

Q A52

[]

-L'**information** en rapport avec la chimiothérapie est communiquée au patient par :

Q A53

- Le médecin
 L'infirmière
 Le pharmacien
 Une autre personne (*Spécifier qui*) : []

-L'information est sous **forme** :

- Verbale
- Écrite (*Mettre une copie des documents à l'Annexe A-8*)
- Vidéo
- De référence à un lien sur Internet

Q A54

- **Pour un problème subaigu**, vous recommandez à un patient sous chimiothérapie d'avoir recours aux services :
(Nausée, vomissements, patient fébrile...etc)

▶▶ **Pendant les heures d'ouverture** de la clinique de chimiothérapie :

- Via la clinique de chimiothérapie
- Via Info santé
- Par son médecin de famille (ou son remplaçant) selon ses disponibilités
- Par une clinique sans rendez-vous si c'est disponible
- Par la salle d'urgence générale
- Par d'autres moyens (*Préciser lesquels*) :

Q A55

▶▶ **En dehors des heures d'ouverture** de la clinique de chimiothérapie :

- Via Info santé
- Par son médecin de famille (ou son remplaçant) selon ses disponibilités
- Par une clinique sans rendez-vous si c'est disponible
- Par la salle d'urgence générale
- Par d'autres moyens (*Préciser lesquels*) :

Q A56

- La chimiothérapie peut répondre à un mode **expérimental** (*Voir lexique à l'Annexe III*)
Indiquer le nombre de patients participants à un mode expérimental au cours de la dernière année :

Q A57

- À l'intérieur d'un protocole de recherche

Q A58

6.2.4.3 HÉMATO-ONCOLOGIE

✚ Une consultation avec un hémato-oncologue pour la personne atteinte est accessible :

- De façon continue sur place
- De façon intermittente en itinérance

Il y a une « entente de services » avec (*Spécifier*) :

Q A59

✚ Le délai d'attente entre la demande de consultation et la réalisation de la consultation est de :

Q A60

Le nombre de patients en attente de plus de 2 semaines est de : []

Le nombre de patients en attente de plus de 4 semaines est de : []

6.2.4.4 PHARMACIE

Un pharmacien de l'établissement est accessible :

- Pour de la **consultation** pour les personnes atteintes de cancer (*Détailler le type de consultation à l'Annexe A-8*) Q A61
- Pour donner de l'**information** aux personnes atteintes de cancer (*Insérer les documents à l'Annexe A-8*) Q A62
- Pour donner de la **formation continue** aux professionnels, relative à la médication (*Insérer les documents à l'Annexe A-8*) Q A63

6.2.4.5 INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE (IPO)

- Une infirmière pivot est accessible Q A64

Les jours de la semaine où l'**IPO** est accessible sont :

Q A65

L M M J V S D

Les heures pendant lesquelles l'**IPO** est accessible, sont de : [] hre à [] hre

Q A66

Le nombre d'**IPO** en terme d'équivalent temps plein est de : [] ETP

Q A67

Le nombre de nouveaux cas vus par l'**IPO** (*Dernière année de référence*) est de : []

Q A68

6.2.4.6 LES SERVICES DE SOUTIEN POUR LA PERSONNE ATTEINTE ET LES PROCHES

Q A69

(Pour les services détaillés ci-après, si disponibles, fournir le volume d'activités et les délais, indiquer s'il s'agit d'une consultation sur demande ou faisant partie d'un plan d'intervention de l'équipe interdisciplinaire)

Services disponibles (Cocher ce qui est disponible)	Sur consultation seulement (Cocher si s'applique)	Fait partie d'un plan d'intervention (Cocher si s'applique)	Le délai d'attente entre la demande et l'accès au service est de		Volume d'activité/année
			(Jours)	(Semaines)	
<input type="checkbox"/> Accès veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Accompagnement spirituel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Réadaptation physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Soutien social ou psychologique dans l'attente d'un diagnostic de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Stomothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Thérapies complémentaires (Spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

6.2.5 RECHERCHE (Cocher le (s) type (s) de recherche (s) effectuée (s))

Q A70

- Clinique
 Fondamentale
 Évaluative (Indiquer le domaine) :

Q A71

6.3 CLIENTÈLE DESSERVIE, VOLUME D'ACTIVITÉS ET FINANCEMENT DE VOTRE ÉTABLISSEMENT

6.3.1 NOMBRE DE NOUVEAUX CAS PAR TYPE DE CANCER

(À partir des statistiques du Fichier des tumeurs du MSSS)

Le nombre **total de nouveaux cas de cancer** de la dernière année de référence :

(Code CIM)	Le nombre de nouveaux cas par type de cancer (Spécifier l'année) ---	
140-208	TOUS LES CANCERS CONFONDUS	
191-192	SYSTÈME NEUROLOGIQUE	
140 à149 et 160-161	ORL	
150 à152 et 155 à157	DIGESTIF HAUT	
150	<i>Œsophage</i>	
151	<i>Estomac</i>	
157	<i>Pancréas</i>	
153, 154 et 158	DIGESTIF BAS	
153	<i>Côlon</i>	
154	<i>Rectum</i>	
170-171	MUSCULO-SQUELETTIQUE	
174	SEIN	
193-194	ENDOCRINIEN	
162,163 et 165	PULMONAIRE	
163	<i>Plèvre</i>	
162	<i>Poumon</i>	
179-184	GYNÉCOLOGIQUE	
172	MÉLANOME	
200 à 208	HÉMATOLOGIE	
204-208	<i>Leucémie</i>	
200-203	<i>Lymphome</i>	
	<i>Myélome multiple</i>	
185-189	UROLOGIQUE	
188	<i>Vessie</i>	
185	<i>Prostate</i>	
186	<i>Testicule</i>	
190	OPHTALMOLOGIQUE	
	PÉDIATRIE	
	<i>0 à 14 ans,</i>	
	<i>15 à 19 ans</i>	

6.3.2 CLINIQUE D'ONCOLOGIE

Q A72

Des statistiques de l'établissement sont disponibles et les données ci-dessous en proviennent :

Pour l'année 2003/2004	Oncologie	Hématologie	Hémato-onco confondus
Indiquer le nombre de sites de prestation de services préciser localisation si plus qu'un	[]	[]	[]
Nombre total de visites à la clinique d'oncologie	[]	[]	[]
Nombre de personnes atteintes de cancer (anciens et nouveaux cas confondus)	[]		
Nombre de personnes atteintes de cancer (nouveaux cas)	[]		
Nombre de personnes sous traitement de chimiothérapie suivies à la clinique d'oncologie	[]		
Nombre total de traitements de chimiothérapie	[]		
Nombre de personnes atteintes sous chimiothérapie orale	[]		
Pour l'année 2004/2005	Oncologie	Hématologie	Hémato-onco confondus
Nombre total de visites à la clinique d'oncologie	[]	[]	[]
Nombre de personnes atteintes de cancer (anciens et nouveaux cas confondus)	[]		
Nombre de personnes atteintes de cancer (nouveaux cas)	[]		
Nombre de personnes sous traitement de chimiothérapie suivies à la clinique d'oncologie	[]		
Nombre total de traitements de chimiothérapie	[]		
Nombre de personnes atteintes sous chimiothérapie orale	[]		

Mise à part la chimiothérapie, il se fait d'autres procédures à la clinique d'oncologie. (*Détailler*)

Q A73

Autres procédures à la clinique d'oncologie	Volume
	[]
	[]
	[]

Des **statistiques des coûts** sont disponibles

(Détaillez les statistiques de l'établissement concernant les coûts pour les ressources humaines, les médicaments et les autres fournitures (matérielles et autres))

2003/2004	\$
Ressources humaines	
Médicaments	
Autres fournitures	
2004/2005	
Ressources humaines	
Médicaments	
Autres fournitures	

6.3.3 NOMBRE D'HOSPITALISATIONS, D'ACTES CHIRURGICAUX PAR TYPE DE CANCER :

QA75

Hospitalisation pour l'année (Code CIM -source Med Écho)	En médecine		En chirurgie		En chirurgie d'un jour		En soins palliatifs de fin de vie	
	2003/2004	2004/2005	2003/2004	2004/2005	2003/2004	2004/2005	2003/2004	2004/2005
	Cancer du sein							
Mastectomies partielles	X		□	□	□	□	X	
Mastectomies radicales			□	□	□	□		
Ganglion sentinelle			□	□	□	□		
Cancer du poumon								
Lobectomie	X		□	□	X			
Pneumectomie			□	□				
Mediastinoscopie			□	□				
Réséction en manchon «Sleeve lobectomy»			□	□				
Cancer de la prostate								
Prostatectomie radicale			□	□				
Cancer colorectal								
Colectomie	X		□	□	X			
Abdomino-périnéale			□	□				

Résection antérieure basse								
TOTAUX <i>Tous les cancers confondus</i>								

6.3.4 RADIOTHÉRAPIE

- Vous opérez un centre de radio-oncologie Q A76
(Noter qu'une évaluation spécifique est faite par le MSSS)
- Vous n'avez pas de centre de radio-oncologie, mais vous avez une entente formelle avec un ou plusieurs autres établissements Q A77
(Spécifier lequel ou lesquels)

6.3.5 NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES DE CANCER SUIVIES EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE Q A78

- Vous possédez des statistiques pour l'établissement

2003/2004	Nombre de personnes
À domicile	
En soins ambulatoires	
Hospitalisées :	
2004/2005	
À domicile	
En soins ambulatoires	
Hospitalisées :	

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

B.

Section B : RESSOURCES HUMAINES

Les professionnels impliqués dans la lutte contre le cancer sont la charnière du programme. Principaux artisans du changement, leur engagement est essentiel et leur disponibilité incontournable. Pour une mobilisation des ressources humaines, un soutien approprié de l'établissement que ce soit en termes de formation continue, de supervision ou de soutien psychologique doit toujours être accessible.

7. **COORDINATION DU PROGRAMME : LE LEADERSHIP MÉDICO-ADMINISTRATIF** (Cocher si s'applique)
(Pour chacune des fonctions, joindre la description du rôle et des responsabilités à l'Annexe B-1)

Q B1

- Directeur médical (Indiquer son nom) []
- Responsable clinico-administratif (Indiquer son nom) []
- Autres (Précisez sa fonction et son nom) : []

8. **ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES : COMPOSITION**

Q B2

(Cocher si s'applique et pour chacune des fonctions, joindre la description du rôle et des responsabilités spécifiques à l'équipe interdisciplinaire SEULEMENT à l'Annexe B-1)

Membres de l'équipe (Cocher les membres)	Nombre d'équivalent temps plein oncologie	Nombre absolu dans l'équipe
<input type="checkbox"/> Médecins dont un assurant le leadership médical	[]	[]
<input type="checkbox"/> Responsable clinico-administratif	[]	[]
<input type="checkbox"/> Archiviste	[]	[]
<input type="checkbox"/> Chirurgien	[]	[]
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	[]	[]
<input type="checkbox"/> Expert médical en soins palliatifs	[]	[]
<input type="checkbox"/> Infirmière	[]	[]
<input type="checkbox"/> Infirmière pivot (IPO)	[]	[]
<input type="checkbox"/> Hémato-oncologue	[]	[]
<input type="checkbox"/> Nutritionniste	[]	[]
<input type="checkbox"/> Oncologue médical	[]	[]
<input type="checkbox"/> Pharmacien	[]	[]
<input type="checkbox"/> Psychologue	[]	[]
<input type="checkbox"/> Pathologiste	[]	[]

<input type="checkbox"/> Physiothérapeute		
<input type="checkbox"/> Radiologiste		
<input type="checkbox"/> Radio-oncologue		
<input type="checkbox"/> Travailleur social		
Total :		
Autres collaborateurs de l'équipe (Cocher les membres)		
<input type="checkbox"/> Animateur de pastorale		
<input type="checkbox"/> Bénévoles		
<input type="checkbox"/> Dentiste		
<input type="checkbox"/> Psychiatre		
<input type="checkbox"/> Représentant de patients		
<input type="checkbox"/> Représentant OSBL		
<input type="checkbox"/> Autres (<i>Spécifiez</i>):		

9. LA FORMATION ET LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL (*Cocher ce qui s'applique*)

- Vos professionnels ont une «Certification en oncologie»
(Préciser quels professionnels autres que les hémato-oncologues et les oncologues médicaux) Q B4
- Vous avez un plan de formation Q B5
- Une formation générale en oncologie est offerte aux **nouveaux** employés
(Pour lesquels, détailler) Q B6
- Vous avez des activités de formation Q B7
- Elles ont comme objectif une mise à jour continue des professionnels de l'équipe
(Pour quels professionnels, détailler) Q B8
- Elles ont comme objectif, une mise à jour continue des autres collaborateurs (OSBL, bénévoles)
(Pour quels collaborateurs, détailler) Q B9



Cette section doit également être utilisée et complétée par une équipe qui demande une reconnaissance à titre d'équipe interdisciplinaire surspécialisée de lutte contre le cancer avec un mandat suprarégional; dans ce cas particulier les réponses ne devront contenir que de l'information en rapport avec le caractère surspécialisé de la désignation suprarégionale demandée. L'absence de case cochée équivaut à une réponse négative.

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

C. Section C : LE MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

(PROTOCOLES, ENTENTES, SERVICES)

L'accessibilité et la continuité des services aux personnes atteintes de cancer reposent sur une organisation des services qui permet l'intégration et la complémentarité de l'ensemble des partenaires. Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire est intégré à la philosophie des soins. Le travail interdisciplinaire permet d'accroître la qualité des soins aux personnes atteintes de cancer et leurs proches en combinant l'expertise de chacune des personnes faisant partie de l'équipe.

10. LE FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE

(Voir le lexique à l'annexe III pour la définition du fonctionnement interdisciplinaire et cocher ce qui s'applique)

Vous avez des réunions **cliniques** de l'équipe Q C1
(Insérer une copie des procès-verbaux de la dernière année à l'Annexe C-1)

Vous avez des réunions **administratives** de l'équipe Q C2
(Insérer une copie des procès-verbaux de la dernière année à l'Annexe C-1)

Vous offrez du **soutien** aux membres de l'équipe *(Insérer une copie du programme à l'Annexe C-2)* Q C3

✚ Quelle est la fréquence des réunions **cliniques** d'équipe? *(Cocher et détailler ce qui s'applique)* Q C4

Réunions chaque semaine

Réunions chaque mois

Réunions par année

Quel est le degré de participation des membres à ces rencontres? Q C5

✚ Quelle est la fréquence des réunions **administratives** d'équipe? *(Cocher et détaillez ce qui s'applique)* Q C6

Réunions chaque semaine

Réunions chaque mois

Réunions par année

Quel est le degré de participation des membres à ces rencontres?
 []

Q C7

11. LES PROCÉDURES D'ACCÈS À L'ÉQUIPE

Décrire la façon de procéder, pour qu'une personne atteinte puisse avoir accès à l'équipe interdisciplinaire (Mécanisme d'accès à l'équipe, critères de référence, formulaire spécifique de référence, etc.)
 []

Q C8

12. PROCESSUS D'INTERVENTION (Cocher ce qui s'applique)

- 12.1 Vous faites **une évaluation des besoins et des ressources** de la personne atteinte et de ses proches
 (Si oui, fournir votre outil d'évaluation à l'Annexe C-3)
 La fréquence de ces évaluations est de une fois par [] semaines ou une fois par [] mois

Q C9

Ce qui provoque une **réévaluation** est :
 []

12.2 PLAN D'INTERVENTION (Voir le lexique à l'annexe III)

- Vous élaborez un plan d'intervention

Q C10

Quel est le **processus de prise de décision** pour élaborer un plan d'intervention? (Le décrire)
 []

Q C11

Comment se réalise la **planification** de multiples interventions? (Décrire)
 []

Q C12

12.3 PLAN DE SERVICE (voir le lexique à l'annexe III)

- Vous élaborez un **plan de services** avec les autres organismes (Le décrire)
 []
 (Insérer un exemple à l'annexe C-5)

Q C13

12.4 SUIVI SYSTÉMATIQUE DE LA CLIENTÈLE À TRAVERS LES ÉTAPES

- Vous faites un **suivi systématique de clientèle** dans le continuum de services (Indiquer la méthode utilisée)
 []

Q C14

13. COMMUNICATION (*Cocher ce qui s'applique*)**13.1 AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES**

- La personne atteinte et ses proches **participent au plan d'intervention** (*Décrire quelle forme revêt cette participation*) Q C15
- La personne atteinte et ses proches **participent au plan de services** (*Décrire quelle forme revêt cette participation*) Q C16

13.2 AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Quels sont les mécanismes mis en place pour faire circuler l'information? (*Décrire*) Q C17

Qui est responsable de coordonner la circulation de l'information? Q C18

13.3 AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT (CEUX N'APPARTENANT PAS À L'ÉQUIPE)

Quel mécanisme est utilisé pour **transmettre l'information** aux autres professionnels? Q C19

13.4 AVEC LE MÉDECIN DE FAMILLE

- Le médecin de famille est **habituellement** informé de l'évolution lorsque applicable Q C20
- Vous **transmettez de l'information** au médecin de famille Q C21
- Au début** du traitement
 - Au cours** du traitement
 - À la fin** du traitement spécialisé

(Insérer le ou les formulaires de transmission de l'information utilisé(s) à l'annexe C-4)

13.5 AVEC LES PARTENAIRES DU RÉSEAU (GMF, OSBL, PHARMACIES, ETC.)

Vous faites une **analyse de la trajectoire** du patient Q C22

Vous avez une **procédure de transfert** de la personne atteinte à un partenaire Q C23
(Insérer l'outil de transmission des données à l'annexe C-5)

14. CORRIDORS DE SERVICES (Cocher ce qui s'applique)

Il existe des mécanismes assurant les corridors de service bidirectionnels (Les décrire et pour quels services) Q C24

L'équipe a défini avec ses partenaires des protocoles de référence précisant dans quelles circonstances les patients doivent être référés à une équipe régionale et suprarégionale (Insérer une copie des protocoles à l'annexe C-6) Q C25

Il existe des ententes **formelles** (Insérer une copie des ententes à l'annexe C-6) Q C26

15. MÉCANISMES D'INTÉGRATION (Cocher ce qui s'applique)

Décrire comment se fait l'intégration entre les différentes équipes lorsqu'il y en a plusieurs dans le même établissement : Q C27

15.1 POUR UNE ÉQUIPE LOCALE

Vous participez aux activités de lutte contre le cancer de votre agence (ex : comité régional de lutte contre le cancer, etc.) Q C28
(Préciser comment se traduit votre participation)

Votre équipe assiste l'équipe régionale/consortium (Voir lexique à l'annexe III) dans la réalisation du plan stratégique de lutte contre le cancer (Préciser de quelle façon) Q C98

15.2 POUR UNE ÉQUIPE RÉGIONALE/CONSORTIUM

Décrire comment se joue le rôle de leader régional en terme de services : Q C30

Vous **assurez** la mise à jour de la formation, le soutien et la supervision des intervenants des équipes de lutte contre le cancer de votre territoire (Préciser comment s'est traduite cette responsabilité pendant la dernière année) Q C31

- Vous n'assurez pas la mise à jour de la formation, le soutien et la supervision des intervenants des équipes de lutte contre le cancer de votre territoire
(Indiquer qui assume cette responsabilité)
- Vous participez aux activités de lutte contre le cancer de votre agence (ex : comité régional de lutte contre le cancer, etc.)
(Préciser comment s'est traduite cette participation pendant la dernière année)

Q C32

Q C33

15.3 POUR UNE ÉQUIPE SUPRARÉGIONALE

(Se rapporter à la section G)

Q C34

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

D. **Section D : LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION**

L'équipe évalue et améliore la qualité des services afin d'atteindre les meilleurs résultats possible. Des mécanismes sont en place pour permettre l'appréciation des écarts entre les résultats observés et les résultats attendus quant au processus de soins. La connaissance des écarts entraîne la définition des cibles d'amélioration.

16. GESTION DE QUALITÉ (Cocher et détailler ce qui s'applique)

- Il y a un **responsable** de l'amélioration de la qualité en oncologie (Nommer le responsable) Q D1
[]
- Vous avez un **sous-comité d'évaluation de l'acte médical** spécifique à l'oncologie Q D2
- ▶ Quels sont les **membres** participants? Q D3
[]
- ▶ Quelle est la **fréquence** des réunions?
aux [] semaines ou aux [] mois Q D4
- ▶ Quel est le degré de **participation** des membres?
[] % Q D5
- Vous avez un **mécanisme de révision des incidents et des erreurs** qui ont eu lieu dans le cadre de vos activités (Décrire le mécanisme) Q D6
[]

16.1 COMITÉ DES THÉRAPIES DU CANCER

- Vous avez accès à un **Comité des thérapies du cancer** (Voir le lexique à l'Annexe III et fournir à l'Annexe D-1 le mandat du comité s'il est différent du mandat indiqué au lexique) Q D7
- ▶ Quels sont les **membres** participants Q D8
[]
- ▶ Quelle est la **fréquence** des réunions?
aux [] semaines ou aux [] mois

► Quel est le degré de **participation** des membres?

█ %

Q D9

16.1 GUIDES THÉRAPEUTIQUES

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

Q D10

Ce consensus est réuni dans un cartable à jour accessible où l'on retrouve les guides utilisés

Q D11

Ce consensus vous a amené à utiliser les guides d'un autre établissement
(Nommer quel établissement): █

Q D12

Ce consensus vous a amené à utiliser «les guides thérapeutiques du Groupe d'étude en oncologie du Québec» (GÉOQ)

Q D13

Ce consensus vous a amené à utiliser les guides thérapeutiques d'un organisme en particulier
(Nommer quel organisme): █

Q D14

Vous n'avez **pas de consensus** sur l'utilisation des mêmes guides thérapeutiques dans l'équipe
(Indiquer le processus utilisé)

Q D15

16.2 PHARMACIE

Le service de pharmacie a des **normes de préparation des médicaments**
(Inclure les normes à l'Annexe D-2 ou nommer l'organisme qui a élaboré les normes)

Q D16

Le service de pharmacie s'appuie sur un **mécanisme d'introduction des nouveaux médicaments**
(Décrire le mécanisme d'introduction des nouveaux médicaments)

Q D17

Le service de pharmacie participe avec les autres professionnels à l'**intégration** dans le milieu des **nouveaux médicaments** dans la pratique clinique
(Décrire le mécanisme d'intégration des nouveaux médicaments)

Q D17

16.3 GESTION

- Un gestionnaire utilise un **mécanisme d'analyse statistique** pour pouvoir augmenter les heures cliniques par prorata de clientèle (pour les patients ambulatoires inscrits en oncologie)
(Décrire le mécanisme)

Q D18

17. MESURE DES RÉSULTATS (Cocher et détailler ce qui s'applique)

- Vous faites la **mesure des résultats**
(Indiquer les mécanismes mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats identifiés)

Q D19

- Vous avez une **base de données**
(Indiquer les données recueillies ex : incidence, traitement, morbidité, mortalité, ... etc.)

Q D20

- Vous **n'avez pas** de base de données
(Indiquer la procédure utilisée pour rassembler l'information)

Q D21

- Vous faites une **analyse de coûts** de l'oncologie à l'intérieur de votre établissement
(Indiquer les paramètres utilisés et joindre les documents relatifs à l'Annexe D-3)

Q D21

- Vous prévoyez faire une analyse de coûts de l'oncologie à l'intérieur de votre établissement
(Indiquer les paramètres ciblés)

Q D22

18. ÉTHIQUE (Cocher et détailler ce qui s'applique)

- Vous avez accès à un **comité d'éthique clinique**
(Décrire le cheminement de résolution d'un problème d'ordre éthique clinique)

Q D23

- Vous avez accès à un **comité d'éthique pour la recherche**
(Décrire le cheminement de résolution d'un problème d'ordre éthique pour la recherche)

Q D24

19. **ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE ET DES PARTENAIRES** *(Cocher et détailler ce qui s'applique)*

Vous faites une évaluation de la satisfaction de la clientèle
(Insérez les résultats à l'Annexe D-4)

Q D25

Vous faites une évaluation de la satisfaction des partenaires
(Insérez les résultats à l'Annexe D-4)

Q D26

20. **PROCESSUS FORMEL D'ÉVALUATION** *(Cocher et détailler ce qui s'applique)*

Vous avez un processus formel d'évaluation des membres de l'équipe
(Décrire le processus)

Q D27

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

E.

Section E : INFRASTRUCTURE

Assurer un environnement physique et une infrastructure technique adéquate qui favorisent la qualité des soins et permettent des conditions de travail adaptées aux changements préconisés.

21. ESPACES DÉDIÉS AU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER (Cocher et détailler ce qui s'applique)

- Il y a des espaces dédiés à l'oncologie QE1
- Pour l'infirmière pivot (Elle a un lieu physique qui lui est réservé) QE2
- Il y a une (ou plusieurs) unité (s) hospitalière (s) QE3
- En médecine
- Il y a une unité dédiée d'hémato-oncologie QE4
Le nombre de lits est de [] dédiés, avec une occupation à [] %
- Il y a un regroupement de lits pour les personnes atteintes de cancer QE5
- Il y a une unité de soins palliatifs QE6
Le nombre de lits est de [] dédiés, avec une occupation à [] %
- En chirurgie
- Il y a un regroupement de lits pour les personnes atteintes de cancer QE7
Le nombre de lits est de [] dédiés, avec une occupation à [] %
- Pour le CRID QE8
- Pour le CDD QE9
- Pour le CDD-CRID QE10
- Autre (Décrivez) QE11
[]

Les personnes atteintes ont accès à une **maison de soins palliatifs** en fin de vie
Le nombre de lits est de [] dédiés, avec une occupation à [] % Q E12

Il y a un programme qui permet aux personnes atteintes de **demeurer à domicile** en fin de vie s'ils le désirent Q E13

22. **CLINIQUE DE CHIMIOTHÉRAPIE / ONCOLOGIE** *(Cocher ce qui s'applique)*

Il y a une **clinique de chimiothérapie / oncologie** Q E14

Il y a un espace spécifique pour le **secrétariat** Q E15

Il existe un lieu **confidentiel** pour les entrevues des professionnels avec les patients Q E16

Il y a [] *(Nombre)* **fauteuil(s)** adaptés Q E17

Il y a [] *(Nombre)* **civière(s)** Q E18

Il existe une unité **propre** et une unité **souillée** Q E19

la clinique de chimiothérapie occupe une **surface** de [] m² Q E20

Cette clinique est

Dédiée à l'oncologie Q E21

Partagée avec l'hématologie Q E22

Il existe une pièce avec une **hotte à flot laminaire** pour la préparation des médicaments avec un «**sas**» Q E23

23. **RESSOURCES INFORMATIONNELLES DE SUPPORT** *(Cocher ce qui s'applique)*

Les rapports de laboratoire sont accessibles par un **terminal informatique** Q E24

Les rapports d'imagerie sont accessibles via une **dictée centrale**, lorsque non transcrits Q E25

- Les images en radiologie sont accessibles pour les professionnels via un PACS
- Les dossiers médicaux sont informatisés

Q E26

Q E27

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

Section F : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (À compléter par les Centres désignés (CDD et CRID) du PQDCS)

Cette section s'adresse aux équipes/établissements qui souhaitent la reconnaissance à titre d'équipe/établissement interdisciplinaire de lutte contre le cancer et qui sont déjà désignés *Centre de dépistage* (CDD) ou *Centre de référence pour investigation* (CRID) dans le cadre du PQDCS. La présente section permet aux équipes qui opèrent déjà un CDD ou un CRID de démontrer dans quelle mesure elles rencontrent les principaux paramètres du cadre de référence du PQDCS. D'autres paramètres relatifs à l'investigation et au traitement du cancer du sein sont évalués dans les autres sections de la matrice générale d'évaluation du programme de lutte contre le cancer.

La présente démarche de reconnaissance des équipes/établissements de lutte contre le cancer ne se substitue pas aux mécanismes habituels de désignation du PQDCS. Toutefois, dans le cadre de cette démarche, des recommandations peuvent être faites sur des cibles à viser dans une optique d'amélioration continue des services offerts, des processus d'assurance-qualité utilisés ou en termes de suivis à apporter, en lien notamment avec les paramètres du cadre de référence du PQDCS.

Une démarche de développement de la qualité s'appuie sur un ensemble d'informations qui permet à une équipe de juger et d'ajuster sa « performance » au regard de l'atteinte des standards du cadre de référence du PQDCS. De plus, certains indicateurs de volume de services peuvent témoigner du niveau de spécialisation d'une équipe et certaines questions, moins directement en lien avec le cadre de référence du PQDCS, tentent de cerner ces aspects.

(Il est demandé à l'équipe/établissement interdisciplinaire de répondre aux questions ci-dessous au meilleur des connaissances disponibles :

- ▶ *Il n'est pas attendu que l'équipe/établissement détienne déjà toutes les informations requises pour répondre à toutes les questions.*
- ▶ *Lorsqu'une question fait référence à des données couvrant la dernière année, il s'agit de la plus récente période de douze mois pour laquelle l'information est disponible; il faut donc préciser sur quelle période (de... à...) portent les données.*
- ▶ *Toutes les questions de cette section font référence uniquement aux activités réalisées à titre de CDD ou de CRID dans le cadre du PQDCS.)*

1. STRUCTURE (Cocher ou compléter ce qui s'applique)

1.1. DÉSIGNATION

Quelle est la **date** (mm aa) de désignation comme
(S'il y a eu plus d'une désignation, indiquer la date de la première désignation)

-
- Centre de dépistage désigné du PQDCS (CDD)
Centre de référence pour investigation désigné du PQDCS (CRID)
CDD-CRID

Q F1
Q F2
Q F3

Votre Centre a déjà rencontré des difficultés dans le maintien de sa désignation à titre de CDD, de CRID ou de CDD-CRID dans le cadre du PQDCS (Expliquer) : Q F4

Votre Centre a déjà perdu sa désignation à titre de CDD, de CRID ou de CDD-CRID (Indiquer la date (mm aa)) : Q F5

1.2. LIENS D'INTÉGRATION

Votre Centre (CDD) réalise des investigations et les professionnels du Centre faisant des investigations et œuvrant dans le cadre du PQDCS sont rattachés à l'équipe interdisciplinaire d'un CRID pour le diagnostic et le traitement du cancer du sein. Q F6

- Quelles sont les catégories de professionnels qui sont rattachés à cette équipe interdisciplinaire d'un CRID? Q F7

Radiologistes

Technologues en radiologie

Autres (Spécifier) : _____

- À l'équipe interdisciplinaire de quel CRID ces professionnels sont-ils rattachés? Q F8

Votre Centre (CDD-CRID) participe à des ententes définissant des corridors de services pour les participantes au PQDCS entre le CSSS, les médecins traitants, le(s) CDD et le(s) CRID; ceci dans le but d'assurer la continuité des services en dépistage et en investigation à l'intérieur des seuls Centres désignés du PQDCS : Q F9

Ces ententes sont toujours respectées Q F10

Ces ententes sont écrites (Fournir les documents à l'Annexe F-1) Q F11

Pour quelle proportion de participantes le processus d'investigation est-il sous la responsabilité du médecin de famille ou du médecin désigné par la participante? % Q F12

1.3. LES SERVICES DIAGNOSTIQUES

1.3.1. Accessibilité

Êtes-vous en mesure d'ajuster le nombre de plages horaires disponibles pour les examens de dépistage et d'investigation en fonction des besoins de la clientèle du PQDCS et dans le respect des normes relatives aux délais, établies dans le cadre de référence du programme ? Q F13

Toujours

- La plupart du temps
- À l'occasion
- Jamais

(Décrire les facteurs qui limitent votre capacité à rencontrer les normes du PQDCS relatives aux délais) :

■

1.3.2. CDD, CDD-CRID et CRID (Compléter ci-dessous)

Q F14

Concernant les services de dépistage offerts dans votre Centre pendant la dernière année :	Nombre total	Délais
Nombre total de mammographies de dépistage réalisées :		
Nombre de mammographies de dépistage réalisées chez des participantes du PQDCS :		
Nombre d'heures d'ouverture du service de mammographie de dépistage par semaine :	h/s	
Nombre total d'appareils de mammographie :		
Nombre d'appareils de mammographie certifiés :		
Délai d'attente habituel entre la prise d'un rendez-vous par une participante au PQDCS et l'examen de dépistage :		<input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Jours

(Indiquer à quelle période (mm aa) se rapportent vos réponses) : [] à []

Si le délai d'attente excède 30 jours ouvrables, identifier les **facteurs responsables de ce délai** :

1.3.3. CRID et CDD-CRID (Compléter ci-dessous)

Q F15

Concernant les services pour l'investigation d'une mammographie anormale offerts dans votre Centre aux participantes du PQDCS pendant la dernière année :	Délais
Quel est l'intervalle entre la mammographie de dépistage <u>anormale</u> et le diagnostic sans biopsie ouverte?	[] semaines
Quel est l'intervalle entre la mammographie de dépistage <u>anormale</u> et le diagnostic avec biopsie ouverte?	[] semaines

(Indiquer à quelle période (mm aa) se rapportent vos réponses) : [] à []

Facteurs impliqués dans les délais :

Sans biopsie ouverte, si l'intervalle diagnostique excède 5 semaines, indiquer les facteurs responsables :

Avec biopsie ouverte, si l'intervalle diagnostique excède 7 semaines, indiquer les facteurs responsables :

1.3.4. SOUTIEN (Compléter ci-dessous)

Pour les femmes qui sont en investigation pour une lésion suspecte à la mammographie et qui ont besoin d'un soutien psychosocial

- Vous êtes en mesure de l'offrir à même les ressources de votre Centre

Qui offre ce soutien?

- Une infirmière
 Une intervenante sociale
 Un autre intervenant (*Spécifier lequel*) :

Q F16

- Vous avez des ententes formelles avec un ou des groupes communautaires

Q F17

2. RESSOURCES HUMAINES

Q F18

(Indiquer le nombre total de professionnels dans votre Centre et le nombre de ces professionnels qui participent au PQDCS)

Professionnels	Nombre total dans votre Centre		Nombre qui participent au PQDCS	
	Sur place	En itinérance	Sur place	En itinérance
Radiologistes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Technologues en radiologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgiens généraux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pathologistes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecins omnipraticiens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmières	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soutien psychosocial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Physiciens et ingénieurs biomédicaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres (<i>Spécifier</i>) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. TECHNIQUES UTILISÉES (*Compléter*)

Q F19

- Votre Centre fait des investigations complémentaires

(Dans le tableau suivant svp indiquer les techniques d'imagerie utilisées dans votre Centre pour investiguer une lésion suspecte à la mammographie de dépistage (non à des fins de biopsie), de même que le nombre d'exams réalisés dans la dernière année pour chacune de ces techniques d'imagerie)

Techniques d'imagerie utilisées		Nombre d'exams réalisés
Examen complémentaire réalisé à l'aide du mammographe :	Agrandissement	<input type="text"/>
	Cliché focalisé (« Spot »)	<input type="text"/>
	Galactographie	<input type="text"/>
	Kystographie	<input type="text"/>

Échographie (« Ultrason »)	
Scintimammographie (Médecine nucléaire)	
Résonance magnétique	
Tomographie par émissions de positrons (TEP)	
Tomodensitométrie (« CT »)	
Thermographie	
Autres (<i>Spécifier</i>) :	

(Indiquer à quelle période (mm aa) se rapportent vos réponses) : [] à []

4. DÉMARCHE D'ÉVALUATION (Cocher ce qui s'applique)

- Il y a une personne désignée à titre de responsable de l'assurance-qualité pour le PQDCS dans votre Centre
(Indiquer le nom et la fonction de cette personne)

Q F20

4.1. Standardisation

- Votre Centre a adopté des guides de pratique clinique **pour l'investigation** du cancer du sein (processus d'investigation selon le type d'anomalie basés sur des données probantes)

Q F21

- Vous évaluez l'adhésion des professionnels à ces guides de pratique clinique
Dans quelle proportion des cas, ces guides de pratique clinique sont-ils rencontrés?
- Tous les cas
 - 75 % à 99 % des cas
 - 50 % à 74 % des cas
 - 25 % à 49 % des cas
 - Moins de 25 % des cas

Q F22

4.2. Contrôle de qualité

- Indiquer la date (mm aa) de votre dernier agrément par le Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes : []
- Depuis la date de sa dernière désignation à titre de CDD, de CRID ou de CDD-CRID votre Centre a été en mesure :

Q F23

- De réaliser les inspections, annuelles et celles qui sont requises lors de modifications majeures, par des physiciens biomédicaux Q F24
- Ces inspections se sont déroulées pendant les heures d'ouverture du Centre Q F25
- Ces inspections se sont déroulées **en collaboration** avec les technologues en radiologie Q F26
- D'assurer le suivi de **toutes** les recommandations formulées dans le rapport du physicien Q F27
- D'assurer le suivi d'**une partie** des recommandations formulées dans le rapport du physicien
(Décrire les recommandations que vous n'avez pas été en mesure de rencontrer, indiquer pourquoi et pendant quelle période) Q F28
- De s'assurer que les technologues en radiologie **disposent sur place du matériel nécessaire** à la réalisation des activités de contrôle de la qualité prévues dans le cadre du PQDCS Q F29
- D'accorder aux technologues en radiologie durant la période normale de travail **le temps nécessaire** à la réalisation des activités de contrôle de la qualité prévues dans le cadre du PQDCS
(Indiquer combien de temps est accordé aux technologues en radiologie durant la période normale de travail pour la réalisation des activités de contrôle de la qualité prévues dans le cadre du PQDCS) : minutes/jour Q F30
- Q F31*
- Lorsque les technologues en radiologie participent aux activités de formation continue exigées dans le cadre du PQDCS (15 heures aux trois ans), quel mode de reconnaissance votre Centre a-t-il adopté? Q F32
- Temps de formation rémunéré
- Frais d'inscription remboursés
- Frais de voyage remboursés
- Autres (*Spécifier*) :
- Le matériel à la disposition des technologues en radiologie pour les activités de contrôle de la qualité **est calibré** selon les recommandations du fabricant ou selon celles qui ont été formulées par le physicien lors de ses inspections
(Indiquer à quelle fréquence est faite la vérification de l'état et du calibrage du matériel requis pour les activités de contrôle de la qualité) Q F33
- Pendant combien de temps les données relatives aux modifications apportées au mammographe et à ses composantes sont-elles conservées? Q F34
- Pendant combien de temps les données relatives aux activités de vérification et de contrôle de la qualité réalisées dans votre Centre sont-elles conservées? Q F35

- Quel(s) mécanisme(s) votre Centre a-t-il mis en place pour reporter des examens de mammographie en cas de bris majeur au mammographe? *(Expliquer)* Q F36

4.3. Gestion de la qualité

- Il y a une révision de cas qui est faite par les professionnels qui participent aux activités de votre Centre *(Joindre à l'Annexe F-2 une copie du dernier procès-verbal dépersonnalisé)* Q F37

Le nombre de cas révisés par année est de Cas/an Q F38

Qui participe aux révisions de cas? *(Indiquer les catégories de professionnels)* Q F39

Les cas à réviser sont choisis sur quels critères? *(Indiquer les critères utilisés)* Q F40

4.4. Compilation des formulaires

Q F41

(Compléter le tableau suivant relatif aux formulaires du PQDCS saisis dans votre Centre pendant la dernière année)

Formulaires :	AH-508 (dépistage)	AH-509 (confirmation diagnostique)	AH-510 (cytopathologie)	AH-511 (pathologie)	AH-512 (rapport du clinicien)
Nombre de participantes pour lesquelles le formulaire devait être saisi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de formulaires saisis au SI-PQDCS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Délai habituel entre l'activité et la saisie au SI-PQDCS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qui a complété les formulaires?					
Radiologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technologue en radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médecin omnipraticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archiviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Indiquer à quelle période (mm aa) se rapportent vos réponses) : à

4.5. Évaluation de la satisfaction de la clientèle

- Votre Centre s'est doté de moyens lui permettant d'évaluer périodiquement la qualité de l'accueil et de l'information donnée aux participantes
(Indiquer les moyens utilisés)

Q F42

Les paramètres généraux d'évaluation du programme de lutte contre le cancer, ont été complétés dans les sections précédentes de cette matrice afin d'apprécier un mandat local ou/et un mandat régional. Cette section est complétée uniquement par l'équipe qui demande une reconnaissance à titre d'équipe interdisciplinaire surspécialisée de lutte contre le cancer avec un mandat suprarégional.

Les réponses dans cette section doivent ne contenir que de l'information sur le caractère spécifique de la désignation demandée et l'absence de case cochée équivaut à une réponse négative.

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe suprarégionale

Section G : DÉSIGNATION SUPRARÉGIONALE

Q G1

Un mandat d'équipe suprarégional de lutte contre le cancer est attribué à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise dans la lutte contre le cancer pour un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou pour une problématique particulière. Ce mandat exige des professionnels ultraspécialisés, une infrastructure à la fine pointe de la technologie et des services qui ne sont fournis que sur référence. Les règles d'accès à cette expertise permettent une utilisation efficiente et en complémentarité avec l'expertise des équipes/établissement ayant un mandat régional (ou local s'il y a lieu).

- L'équipe surspécialisée demande une désignation pour
Le siège tumoral suivant :
La problématique complexe suivante :

5. STRUCTURE :

Au plan provincial, l'équipe ayant une désignation suprarégionale doit s'engager en formulant une offre allant des soins et services, de l'instauration de corridors bidirectionnels de services jusqu'au transfert des connaissances.

Mise en forme : Puces et numéros

5.1. ENGAGEMENT

L'engagement de l'équipe, de l'établissement, de l'agence et du RUIS est essentiel.

(L'établissement qui abrite une équipe suprarégionale doit répondre à toutes les exigences de la matrice pour une équipe interdisciplinaire avec un mandat local si on y retrouve la dispensation de ce type de services)

Mise en forme : Puces et numéros

- L'équipe surspécialisée s'est engagée à desservir le réseau du RUIS suivant :
(Insérer tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement à l'Annexe G-1)
- Laval
 - McGill
 - Montréal

Sherbrooke

- L'établissement s'est engagé à soutenir l'équipe suprarégionale dans la réalisation de son mandat
(Insérer tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement à l'Annexe G-1)
- L'agence s'est engagée à soutenir l'établissement dans la réalisation du mandat de l'équipe suprarégionale
(Insérer tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement à l'Annexe G-1)
- Le RUIS s'est engagé à soutenir l'équipe suprarégionale dans la réalisation de son mandat d'enseignement et de recherche
(Insérer tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement à l'Annexe G-1)

5.2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE :

- L'équipe suprarégionale se retrouve dans l'organigramme du programme de lutte contre le cancer de l'établissement qui l'abrite
(Insérer l'organigramme à l'Annexe G-1)


5.3. TERRITOIRE DESSERVI

- L'équipe suprarégionale et l'établissement qui l'abrite offre des services dédiés :
- À l'ensemble de la province de Québec
 - À l'ensemble du territoire pour les RUIS mentionné à 1.1
 - À une partie du territoire des RUIS mentionné à 1.1
(Décrire le territoire)


6. RESSOURCES :


6.1. LEADERSHIP (DIRECTEUR MÉDICAL / ADJOINT CLINICO-ADMINISTRATIF)

- L'équipe suprarégionale a un directeur médical
(Inscrire son nom et insérer sa description de fonction à l'Annexe G-2)

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

Le directeur médical consacre [redacted] % de son temps à cette fonction

- L'équipe suprarégionale a un gestionnaire clinico-administratif dédié
(Inscrire son nom et insérer sa description de fonction à l'Annexe G-2)
[redacted]

Le gestionnaire clinico-administratif consacre [redacted] % de son temps à cette fonction

6.2. COMPOSITION :

Il existe une équipe surspécialisée qui comprend les professionnels suivants :

← Mise en forme : Puces et numéros

Q G6

Professionnels	Nombre total dans l'établissement	Nombre qui fait partie de l'équipe suprarégionale		
		Nombre dédié à temps complet	Nombre à temps partiel	% du temps consacré
Chirurgien Indiquer la spécialité				
Hémato/oncologue				
Infirmière				
Infirmière pivot				
Infirmière spécialisée clinicienne				
Nutritionniste				
Pathologiste				
Pharmacien				
Psychologue				
Radiooncologue				
Radiologiste				
Travailleur social				
Autres spécialistes (Indiquer lesquels ci-dessous)				
Autre				
Autre				
Autre				
Autre				
Autre				
Autre				
Autre				
Autre				

(Insérer une description du rôle de chaque professionnel spécifique au travail au sein de la désignation à l'Annexe G-2)

6.3. SOUTIEN (Compléter ci-dessous)

← Mise en forme : Puces et numéros

- Une équipe soutien dédiée au siège tumoral ou à la problématique spécifique fait partie de l'équipe interdisciplinaire suprarégionale

L'équipe suprarégionale a développé pour les personnes atteintes qui ont besoin d'un soutien :

- Une expertise spécifique psychosociale, (*Détailler ci-dessous*) :

Ce soutien est offert par :

- Une infirmière
 Une intervenante sociale
 Un psychologue
 Un autre intervenant (*Spécifier lequel*) :

- Une expertise spécifique nutritionnelle, (*Détailler ci-dessous*) :

Ce soutien est offert par :

- Une nutritionniste
 Un autre intervenant (*Spécifier lequel*) :

- Une (ou plusieurs) expertise(s) spécifique(s) **spécifier ici laquelle**, (*Détailler ci-dessous*) :

Ce soutien est offert par (*Détailler ci-dessous*) :

7. FONCTIONNEMENT :

7.1. TRAJECTOIRE DE SOINS

- L'équipe suprarégionale a défini la trajectoire de soins et services de la personne atteinte qu'elle dessert

Définition : la description de la trajectoire d'un patient demande à l'équipe d'étudier d'où proviennent les patients, quelles investigations sont faites, d'où sont-ils référés, quel est le stade de leur maladie à la consultation. Quel genre de partenariat existe réellement et quel est le devenir des patients rencontrés en consultation. (*Insérer la trajectoire définie à l'Annexe G-3*)

← - - - Mise en forme : Puces et numéros

← - - - Mise en forme : Puces et numéros

7.2. ACCESSIBILITÉ

- L'équipe suprarégionale a établi une procédure d'accès conviviale pour ceux qui ont à leur référer des personnes atteintes
(Insérer la procédure établie à l'Annexe G-3)

← -- ☺ Mise en forme : Puces et numéros

7.3. INTERDISCIPLINARITÉ

- Les membres de l'équipe suprarégionale utilisent le modèle de fonctionnement interdisciplinaire
Voir l'avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie (http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?id=422671,129,2)
- Il y a des rencontres cliniques interdisciplinaires spécifiques à la problématique pour laquelle une désignation est demandée
(Joindre à l'Annexe G-3 une copie des procès-verbaux dépersonnalisés, des outils utilisés (plan d'intervention, plan de service) de la dernière année)

← -- ☺ Mise en forme : Puces et numéros

Les professionnels suivants participent aux révisions de cas
(Indiquer les catégories de professionnels et le % de présence)

7.4. FONCTIONNEMENT INTÉGRÉ

Dans le cadre du développement d'un fonctionnement intégré :

🚦 L'équipe suprarégionale a :

- Développé une vision d'un réseau de services intégrés
Décrire
- Établi des ententes, créé et maintient des liens formels avec les autres équipes des centres de santé et services sociaux et/ou des agences définissant des corridors de services pour l'expertise qui lui est reconnue avec un objectif de continuité des services (Indiquer lesquels)
Décrire
- Ces ententes sont écrites (Fournir une copie des ententes avec une agence et/ou CSSS à l'Annexe G-3)
- Collabore avec les autres équipes suprarégionales s'occupant d'un même siège tumoral, dans le cadre de la concertation inter-RUIS
Décrire

← -- ☺ Mise en forme : Puces et numéros


Pour les cancers moins fréquents, lorsqu'il n'y a pas d'équipe régionale de proximité ou lorsqu'elle assume le rôle d'équipe régionale pour son bassin de desserte :

En rapport avec l'accès :

- Elle a développé et maintient pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services ultraspecialisés en oncologie et en soins palliatifs dont ils peuvent avoir besoin et qui ne sont pas offerts par des équipes avec un mandat local ou régional
Décrire

En rapport avec la continuité


- Elle a mis en place des mécanismes qui permettent d'assurer la continuité des services dans le milieu de vie de la personne atteinte.
Décrire

 L'équipe suprarégionale a également recours à :

- Une (ou plusieurs) infirmière(s) liaison(s) dédiée(s)
 Un (ou plusieurs) autre type de professionnel dédié

7.5. PARTICIPATION DE LA PERSONNE ATTEINTE

- L'équipe a développé des stratégies définies afin de favoriser la participation des personnes atteintes aux processus décisionnels
(Décrire les stratégies)


← --  **Mise en forme** : Puces et numéros

7.6. COMMUNICATIONS

L'équipe privilégie les moyens de communication suivants :
(Élaborer ci-dessous)

Au sein de l'équipe

Avec les médecins référents

← --  **Mise en forme** : Puces et numéros

Avec les médecins de famille des personnes atteintes

Avec ses partenaires (Ex : mises à jour de protocole, ...etc.)

7.7. GESTION

- Il y a des rencontres administratives de l'équipe suprarégionale spécifiques à la problématique pour laquelle une désignation est demandée
(Joindre à l'Annexe G-3 une copie des procès-verbaux dépersonnalisés de la dernière année)

Les professionnels suivants participent aux rencontres administratives
(Indiquer les catégories de professionnels et le % de présence)

- Il y a des rencontres de soutien pour les membres de l'équipe
(Décrire le type de rencontre et leur fréquence)

8. DÉMARCHE D'ÉVALUATION (Cocher ce qui s'applique)

- Il y a une personne désignée à titre de responsable de l'assurance-qualité à l'intérieur de l'équipe suprarégionale
(Indiquer le nom et la fonction de cette personne)

- Vous recevez les résultats de l'analyse du responsable de l'assurance-qualité
(Inclure les analyses obtenues à l'annexe G-4 dans la dernière année)

Quelle démarche faite vous après voir reçu les recommandations du responsable de l'assurance-qualité?

8.1. QUALITÉ

Mise en forme : Puces et numéros

Mise en forme : Puces et numéros

Mise en forme : Puces et numéros

- L'équipe suprarégionale a élaboré des normes et des guides de pratique selon les données probantes

Ces normes sont destinées au travail de toutes les équipes/établissement avec :

- Un mandat local
 Un mandat régional
 Un mandat suprarégional de même type

- L'équipe suprarégionale a contribué à établir les normes de qualité en collaboration avec la direction de la lutte contre le cancer

8.2. BASES DE DONNÉES

- L'équipe suprarégionale accède à une base de données dans le cadre de l'exercice de son expertise
(Élaborer les champs couverts par les données inscrites)
- L'équipe suprarégionale analyse les données épidémiologiques de son territoire de desserte et participe à l'analyse provinciale
(Inscrire un aperçu des données de l'analyse de la dernière année)

← -- ⓘ Mise en forme : Puces et numéros

8.3. GESTION DE LA QUALITÉ

- Il y a un comité des thérapies du cancer ou un comité d'experts spécifique à la problématique pour laquelle une désignation est demandée
(Joindre à l'Annexe G-4 une copie des procès-verbaux dépersonnalisés de la dernière année)
- Le comité des thérapies du cancer ou le comité d'experts spécifique est rattaché au CMDP

Les cas à réviser sont choisis à partir des critères suivants :
(Indiquer les critères utilisés)

Les personnes suivantes participent aux révisions de cas
(Indiquer les catégories de professionnels)

Il y a une accessibilité (participation aux rencontres) au Comité des thérapies du cancer pour les professionnels d'autres milieux suivants

← -- ⓘ Mise en forme : Puces et numéros

(Indiquer lesquels)

- L'introduction de nouveaux médicaments se fait toujours par un mécanisme formel en vigueur dans l'établissement

8.4. ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

- L'établissement s'est doté de moyens lui permettant d'évaluer périodiquement la qualité des gestes de l'équipe suprarégionale
(Fournir copie de la dernière évaluation à l'annexe G-4)

Il y a une évaluation de la satisfaction

- De la clientèle
 Des partenaires

8.5. PROCESSUS ANALYTIQUE

- Il y a un processus d'évaluation avec un système d'information clinique et de gestion
(Élaborer sur le processus utilisé)

- Il y a une élaboration d'un indicateur de temps-réponse:

Cette mesure permet d'évaluer la qualité du service à la personne atteinte par le biais de la catégorisation de certains délais :
Celui d'une référence de la personne atteinte par ou à un partenaire : cette mesure peut facilement être extraite de l'analyse des dossiers, catégorisée et correspond au délai de temps réponse à partir de la demande de prise en charge par un partenaire. Cet indicateur a deux volets, car il est bidirectionnel.
Cet indicateur servira de norme à respecter pour conserver une désignation dans une perspective réaliste.
(Fournir copie de la dernière évaluation à l'annexe G-4)

9. PLATEAU TECHNIQUE DE HAUTE TECHNOLOGIE DE POINTE

- L'équipe suprarégionale a accès à un plateau technique de haute technologie de pointe spécifique requis :

- Chirurgical
Décrire les particularités et les facilités d'accès

← -- -- ← Mise en forme : Puces et numéros

← -- -- ← Mise en forme : Puces et numéros

← -- -- ← Mise en forme : Puces et numéros

- Laboratoire
Décrire les particularités et les facilités d'accès
- Imagerie (IRM, TEP.etc..)
Décrire les particularités et les facilités d'accès
- Autre
Décrire les particularités et les facilités d'accès

10. ACTIVITÉS

10.1. CLINIQUE

L'équipe suprarégionale identifie ci-dessous son offre de services (À titre indicatif, le tableau à la fin de cette section définit minimalement ce qui caractérise les services d'investigation, de traitement et d'adaptation par siège de cancer pour lequel l'équipe désire postuler un mandat suprarégional. L'équipe peut faire mention de toute autre spécificité non indiquée au tableau).

SERVICE/ DÉSIGNATION	
INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC	
TRAITEMENT À VISÉE CURATIVE	
CHIRURGIE	
CHIMIOTHÉRAPIE	
RADIOTHÉRAPIE	

Mise en forme : Puces et numéros

Mise en forme : Puces et numéros

SERVICE/ DÉSIGNATION	
TRAITEMENTS PALLIATIFS	
ADAPTATION-RÉADAPTATION	

Dans le cadre de ses activités clinique l'équipe suprarégionale a établi des liens avec :

- Les partenaires de santé publique en ce qui concerne la prévention du cancer et la promotion de la santé
- Les équipes et les ressources en soins palliatifs de fin de vie

10.2. ENSEIGNEMENT MÉDICAL

L'équipe suprarégionale définit ci-dessous le type d'enseignement qu'elle offre aux étudiants et résidents en médecine:

- Elle a élaboré ou participe à un programme général
Le nombre d'étudiants qui sont rejoints par cette formation est (*pré et post-doctoral, Fellowship*):
- Elle a élaboré ou participe à un programme spécifique en :
 - Hématologie,
 - Oncologie,
 - Hémato-oncologie
 - Radio oncologie
 - Chirurgie onco
 - Autres (*Détailler*):

← -- ↻ Mise en forme : Puces et numéros

10.3. FORMATION CONTINUE

← -- ↻ Mise en forme : Puces et numéros

- L'équipe suprarégionale a élaboré et donné de la formation continue à l'intention des membres de l'équipe
(Insérer le programme de formation continue spécialisée pour les membres de l'équipe à l'Annexe G-6)
- L'équipe suprarégionale a élaboré et donné de la formation continue à l'intention d'autres professionnels du Québec
(Insérer le programme de formation continue spécialisée à l'Annexe G-6)

10.4. RECHERCHE

10.4.1. PARTICIPATION À RECHERCHE : Projets actifs au cours des 2 dernières années (Élaborer sur la participation de l'équipe suprarégionale qui atteste de cet engagement)

- Recherche fondamentale
- Recherche clinique
- Recherche évaluative


 Résumé des projets (Inclure à l'Annexe G-6 le tableau ci-dessous si nécessaire)


TITRE DU PROJET, INVESTIGATEURS, CO-INVESTIGATEURS ET COURT RÉSUMÉ	SOURCE DU FINANCEMENT	MONTANT
	Organisme public avec comité des pairs (Fonds reçus du FRSQ, du fond canadien d'innovation, de l'Institut de recherche en santé du Canada	
	Fondation privée	
	Industrie (Pharmaceutique, etc.)	


10.4.2. PUBLICATIONS


(Lister les publications des trois dernières années qui attestent de cet engagement à défaut d'articles, la feuille résumée des projets de recherche doit être mise à l'Annexe G-6)

10.5. RAYONNEMENT

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

← - - -  Mise en forme : Puces et numéros

- L'équipe suprarégionale collabore avec la Direction de lutte contre le cancer dans la réalisation du Programme Québécois de Lutte contre le Cancer
(Préciser comment se traduit cette participation)
[Redacted]
- L'équipe suprarégionale participe au Comité d'évolution des pratiques (CEPO)
(Préciser comment se traduit cette participation)
[Redacted]
- L'équipe suprarégionale assure le leadership dans l'évolution des pratiques, la formation médicale et le transfert des connaissances du champ d'expertise pour lequel il est désigné
(Préciser comment s'est traduit ce leadership pendant la dernière année)
[Redacted]

SERVICE/ DÉSIGNATION	SEIN	POUMON	UROLOGIQUES	COLORECTAL	HÉMATOLOGIQUES	MUSCULOSQUELETTIQUE
INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • Biologie moléculaire et génétique • Résonnance magnétique et biopsie • Suivi des familles à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Thoracotomie • Thoracoscopie et médiastinoscopie • Médiastinotomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et révision des cas de cancers de la prostate, de la vessie et du rein avancé, des cas de cancers du testicule et du pénis • TEP Scan 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation génétique des familles à risque /polypose ou HNPCC et suivi • Techniques spécialisées : <ul style="list-style-type: none"> - Échographie endorectale - Biopsie sur résonance magnétique - Échographie per-opératoire • Radio-immunodétection 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmer le diagnostic des hémopathies malignes courantes • Offrir l'expertise dans des pathologies rares, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Immunophénotypage - Cytogénétique - Histochimie - Biologie moléculaire - Ponction ou biopsie sous échographie ou tomomodensitométrie axiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - TEP - Biopsie sous tomographie axiale ou échographie - Biopsie diagnostique par un orthopédiste oncologue - Pathologiste spécialisé pour : <ul style="list-style-type: none"> - Interpréter les biopsies - Agir comme consultant - Effectuer les examens extemporanés - Laboratoires de biologie moléculaire - Microscopie électronique
TRAITEMENT À VISÉE CURATIVE			<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision thérapeutique experte : <ul style="list-style-type: none"> - Cancer à haut risque ou résistants : <ul style="list-style-type: none"> · Prostate · Vessie · Testicule séminomateux et non séminomateux · Pénis 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision quant à l'opérabilité et la curabilité des récidives ou des métastases • Traitement des lésions récidivantes localement • Interventions avancées avec préservation sphinctérienne (e.g., anastomose colo-anales) • Stomothérapie avec consultation pour cas complexes 		

SERVICE/ DÉSIGNATION	SEIN	POUMON	UROLOGIQUES	COLORECTAL	HÉMATOLOGIQUES	MUSCULOSQUELETTIQUE
CHIRURGIE	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie mammaire complexe et expérimentale Chirurgie thoracique (exérèse de nodule pulmonaire ou d'une partie du thorax avec reconstruction) Neurochirurgie Plastie et reconstruction mammaire 	<ul style="list-style-type: none"> Lobectomie extensive, pneumonectomie Autres chirurgies extensives Soins intensifs pour pneumonectomisés Chirurgie Pancoast et post chimiothérapie néoadjuvante Résection en manchon, de carène ou de paroi 	<ul style="list-style-type: none"> Cystectomie radicale avec ou sans reconstruction vésicale Néphrectomie radicale*, y compris pour le cas de tumeurs bilatérales synchrones, sur rein unique ou avec atteinte importante de la veine cave inférieure Lymphadénectomie* rétropéritonéale Chirurgie conservatrice et radicale pour les cancers du pénis Lymphadénectomie inguinale Néphrectomie partielle 	<ul style="list-style-type: none"> Interventions supraradicales (exentérations) Interventions pour récidive curable Résections de métastases hépatiques 		<ul style="list-style-type: none"> Salles d'opération pour les chirurgies de longue durée Plateau technique pour les reconstructions extensives Orthopédiste oncologue Plasticien expert en microchirurgie et en reconstruction complexe Chirurgien thoracique pour la résection des métastases pulmonaires ou de la paroi thoracique et pour les reconstructions Chirurgien vasculaire pour les résections et pour les reconstructions Chirurgien général pour la résection des ganglions, de paroi abdominale et des lésions du rétropéritoine Traitements expérimentaux
CHIMIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> Chimiothérapie expérimentale 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision : <ul style="list-style-type: none"> chimiothérapies adjuvantes chimiothérapie néoadjuvantes complexes (ou très complexes) et administration le cas échéant 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision d'hormonothérapie adjuvante ou dans les cas à haut risque (Cancer de la prostate) Prise de décision quant à la chimiothérapie systémique et administration de celle-ci (cancers de la vessie et du testicule) Traitement expérimental 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision quant à la chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante plus complexe et administration le cas échéant 	<ul style="list-style-type: none"> Chimiothérapie : lymphome, leucémie aigue, myélome offrir : <ul style="list-style-type: none"> L'expertise d'une équipe d'hématologistes L'aphérèse thérapeutique La greffe de moelle osseuse et administrer la chimiothérapie selon des protocoles établis (ou expérimentaux) La prise en charge de 	<ul style="list-style-type: none"> Comme au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> Traitements expérimentaux

SERVICE/ DÉSIGNATION	SEIN	POUMON	UROLOGIQUES	COLORECTAL	HÉMATOLOGIQUES	MUSCULOSQUELETTIQUE
			d'immunothérapie ou d'autres thérapies systémiques <ul style="list-style-type: none"> Chimiothérapie et autre traitement expérimental pour cancer de la prostate hormonoréfractaire 		la leucémie aiguë <ul style="list-style-type: none"> Posséder une URH d'au moins six lits pour chimiothérapie myéloplasiante (Aplasia > 10 jours) Administrer la chimiothérapie intensive avec réinfusion de cellules de souche autologue Procéder aux transfusions et aux collectes par apherèse 	
RADIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> Radiothérapie expérimentale Curiethérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Curiethérapie Radiothérapie standard et complexe 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision de radiothérapie pour cancers de la prostate et du testicule et administration de celle-ci Radiothérapie pour cancer du pénis Radiothérapie pour cancer de la vessie avec protocole appliqué 	<ul style="list-style-type: none"> Radiothérapie pour les cancers anaux Thérapie adjuvante pour le cancer du rectum Curiethérapie Chirurgie expérimentale et complexe 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une expertise en radio-oncologie pour hémopathies malignes 	<ul style="list-style-type: none"> Expertise en radiothérapie externe et en curiethérapie orthopédique Traitements expérimentaux
TRAITEMENTS PALLIATIFS	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des complications de la paroi thoracique (ex : ulcère de la paroi) Chirurgie orthopédique (colonne vertébrale) 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements palliatifs spécialisés en oncologie pulmonaire Traitement au laser pour obstruction endobronchique Traitement cryothérapie pour obstruction bronchique 	<ul style="list-style-type: none"> Soins aux patients avec stomie présentant des problèmes complexes Soins aux patients avec incontinence à la suite d'une prostatectomie radicale Traitement du lymphoedème chronique 	<ul style="list-style-type: none"> Techniques spécialisées pour le soulagement des douleurs hépatiques Traitement de la carcinomatose péritonéale Chimiothérapie intralésionnelle et embolisation des métastases 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une expertise dans les complications de la maladie du greffon Transfuser des produits sanguins 	<ul style="list-style-type: none"> Expertise et soutien technologique Traitement et suivi des complications complexes ou pour les reconstructions

SERVICE/ DÉSIGNATION	SEIN	POUMON	UROLOGIQUES	COLORECTAL	HÉMATOLOGIQUES	MUSCULOSQUELETTIQUE
		<ul style="list-style-type: none"> • Pose de prothèses endobronchiques 		<ul style="list-style-type: none"> hépatiques • Cytoréduction avec chimiothérapie intra-péritonéale pour carcinomatose • Stomothérapie pour cas complexes 		
ADAPTATION- RÉADAPTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Conception d'une approche pour les membres des familles à risque élevé de développer un cancer du sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude des problèmes de réadaptation des patients ayant subi une chirurgie extensive 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie bio-psychosociale spécialisée pour problèmes particuliers (ex. : lymphoedème, incontinence, etc.) • Aide dans les dysfonctions sexuelles et l'infertilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien adapté aux familles dont les membres présentent un risque élevé de cancer du côlon • Interventions psychosociale et thérapeutique spécialisées pour les patients avec cancer colorectal (Stomothérapie, dysfonction sexuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une expertise dans le soutien des procédures difficiles ou dans les problèmes complexes : <ul style="list-style-type: none"> - Greffe de moelle - Réinfusion de cellules souches - Isolation prolongée au moment d'une greffe de moelle - Vivre avec la maladie du greffon - Conséquences familiales de la transplantation 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de rééducation fonctionnelle et physique et diffusion aux équipes régionales • Soutien aux équipes locales et régionales • Équipe suprarégionale de réadaptation (ex. programme maxillo-facial)
SERVICE/ DÉSIGNATION	GYNÉCOLOGIQUES	TÊTE ET COU	PEAU	DIGESTIFS (autre que colorectal)	OCULAIRES	PÉDIATRIQUES
INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures diagnostiques • Évaluation de l'étendue de la maladie • Confirmation diagnostique experte en imagerie, en pathologie et en colposcopie • Biologie moléculaire et 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation du diagnostic et mesure de l'étendue de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation du diagnostic de mélanome, de tumeurs cutanées rares et de lymphomes cutanés • Recherche de 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes examens qu'au palier local avec : <ul style="list-style-type: none"> - Résonance magnétique - Échoendoscopie et biopsie - PET Scan 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - Échographie oculaire de type A standardisée - Échographie oculaire de type UBM - Résonance 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement ou confirmation du diagnostic

SERVICE/ DÉSIGNATION	GYNÉCOLOGIQUES	TÊTE ET COU	PEAU	DIGESTIFS (autre que colorectal)	OCULAIRES	PÉDIATRIQUES
	génétique (ovaire)		ganglions sentinelles avec équipe définie pour le faire (excluant situation d'un seul chirurgien et volume faible)	- Embolisation percutanée préopératoire de la veine porte ipsilatérale à la résection hépatique	magnétique avec sonde orbitaire - Centre de référence pour pathologie oculaire	
TRAITEMENT À VISÉE CURATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Décision thérapeutique experte pour : <ul style="list-style-type: none"> - Cancers volumineux ou avancés du col - Cancers de vagin, de la vulve - Carcinomatose d'origine ovarienne - Cancers de l'ovaire (rares chez les jeunes ou de faible malignité) - Cancers de l'endomètre rares, agressifs ou nécessitant un traitement adjuvant - Sarcomes - Maladies trophoblastiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan de traitement interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Photothérapie • Traitement des lymphomes 		<ul style="list-style-type: none"> • Suivi comme aux autres paliers et - Suivi des cancers métastatiques à l'œil - Suivi des cancers traités par curiethérapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision quant aux protocoles de traitement et amorce de ceux-ci • Participation à des groupes internationaux tels que POG
CHIRURGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Laser • Lymphadénectomie pelvienne complète et para-aortique extensive • Épiploectomie majeure • Hystérectomie radicale • Vulvectomie radicale, partielle ou totale • Dissection inguinale superficielle et profonde • Vaginectomie radicale partielle ou totale • Exentération antérieure, postérieure ou totale 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie extensive • Chirurgie de reconstruction 	<ul style="list-style-type: none"> • Technique de MOHS • Exérèse de tumeurs • Plasties étendues 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes traitements qu'au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - Résection des voies biliaires (+/- hépatectomie) - Résection hépatique mineure, majeure, complexe et postembolisation de la veine porte ipsilatérale* - Hépatectomie ou transplantation pour 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - Biopsies spécialisées - Résection locale des tumeurs de l'iris - Chirurgie de l'orbite - Traitements expérimentaux (thérapie trans-thermale, ganglion sentinelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les chirurgies oncologiques • Excision de néoplasies gynécologiques en collaboration avec l'équipe suprarégionale de gynécologie

SERVICE/ DÉSIGNATION	GYNÉCOLOGIQUES	TÊTE ET COU	PEAU	DIGESTIFS (autre que colorectal)	OCULAIRES	PÉDIATRIQUES
CHIMIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie digestive et urologique Cytoréduction extensive Chirurgie de reconstruction Chirurgie expérimentale (laparoscopie) 			cancers primaires du foie* - Alcoolisation, destruction par radiofréquence de carcinome hépatocellulaire ou de métastases hépatiques		
	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des cancers rares (ex : maladies trophoblastiques, cancers des ovaires) persistants ou récidivants 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision quant à la chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante complexe et administration le cas échéant Production de protocoles expérimentaux pour les lésions primaires et pour prévenir les récidives 	<ul style="list-style-type: none"> Chimiothérapie d'investigation : - Intralésionnelle - Intra-artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision pour un traitement de chimiothérapie (ex. : cancer de l'œsophage) Chimio-embolisation intra-artérielle hépatique (ex. : carcinome hépatocellulaire) Chimiothérapie et radiothérapie postopératoire (ex. : cancer du pancréas réséqué) Traitement expérimental de chimiothérapie (protocole de recherche) 	<ul style="list-style-type: none"> Comme au palier régional et : - Immunothérapie - Traitements expérimentaux 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision quant à la chimiothérapie et administration de celle-ci Grefe de moelle osseuse et réinfection de cellules souches autologues
RADIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> Radiothérapie externe, endocavitaire et interstitielle adaptée à tous les cancers gynécologiques primaires, persistants ou récidivants, à visée curative et adjuvante 	<ul style="list-style-type: none"> Radiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Amorce du traitement des lymphomes cutanés (Électron Beam) 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de décision pour un traitement de radiothérapie pré ou post opératoire Radiothérapie postopératoire combinée à chimiothérapie adjuvante (ex : cancer du pancréas réséqué) Traitements 	<ul style="list-style-type: none"> Comme au palier régional et : - Curiethérapie (plaque d'iode 125 ou de ruthénium 106) - Téléthérapie avec faisceau en D et stéréotaxique 	<ul style="list-style-type: none"> Toute radiothérapie

SERVICE/ DÉSIGNATION	GYNÉCOLOGIQUES	TÊTE ET COU	PEAU	DIGESTIFS (autre que colorectal)	OCULAIRES	PÉDIATRIQUES
				expérimentaux de radiothérapie (protocole de recherche)		
TRAITEMENTS PALLIATIFS	<ul style="list-style-type: none"> • Soulagement de la douleur pelvienne • Expertise pour le traitement d'obstruction des voies urinaires • Traitement du lymphoedème • Chirurgie de palliation • Radiothérapie palliative 	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise dans le soulagement de la détresse respiratoire et du saignement des carotides 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie «de propreté» pour tumeurs locales avancées 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes traitements qu'au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - endoscopique par vaporisation au laser, par mise d'endoprothèse ou par brachythérapie (ex. : cancer de l'œsophage) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme aux autres paliers et : <ul style="list-style-type: none"> - Équipe ressource 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de nouvelles approches et enseignement
ADAPTATION-RÉADAPTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise dans le soulagement des angoisses liées à la transmission d'un cancer héréditaire (BRCA1, cancer de l'ovaire) ou par la prise d'œstrogène au moment de la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation pour : <ul style="list-style-type: none"> - personnes avec stomie - chirurgie mutilante 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation et soutien pour les personnes devant subir une chirurgie défigurante ou atteintes de lymphome cutané 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes services qu'au palier régional et : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des transplantés du foie en collaboration avec l'équipe locale et régionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme aux autres paliers et : <ul style="list-style-type: none"> - Prothèse oculaire et maxillo-faciale - Équipe ressource 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au point active d'outils destinés au mieux-être des enfants et de leur famille

* Équipe bien définie et identifiée par le MSSS (niveau 4)

Remplacer ce texte par le nom de l'équipe/établissement

Section Annexes



MANDAT DU GROUPE-CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER



1. Traduire les paramètres d'organisation ainsi que les normes de qualités applicables, sous forme de matrice d'évaluation constituant les attentes formelles du Ministère à l'endroit des diverses parties du continuum de services projeté;
2. Communiquer ces attentes aux équipes / établissements pressenties par chacune des agences régionales pour offrir les services aux personnes atteintes de cancer afin qu'ils soient en mesure de préparer le dossier soutenant leur candidature;
3. Analyser les dossiers soumis par les équipes/établissements dans le but d'apprécier le degré de conformité aux matrices d'évaluation;
4. Compléter cette lecture initiale par une visite d'évaluation formelle des équipes/établissements en vue de leur éventuelle désignation par les agences dans le cas des équipes locales et régionales ou le Ministère dans le cas des équipes suprarégionales;
5. Transmettre aux autorités concernées les recommandations pertinentes à la mise en place de services de qualité pour cette clientèle. Ces recommandations devront porter sur l'à propos de désigner formellement ces équipes/établissements et à définir les cibles à viser dans une optique d'amélioration continue des services offerts, des processus d'assurance-qualité utilisés ou en termes de suivis à apporter.

ORIENTATIONS FONDAMENTALES

(Objectifs à atteindre lors de la visite d'évaluation des équipes/établissement en vue d'une reconnaissance)

Un programme de lutte contre le cancer qui comprend :

► **Structure :**

- ① Un **engagement** formel de l'établissement et des diverses parties concernées
- ② Une structure organisationnelle :
 - Avec un **organigramme**
 - Un comité de **coordination** du programme

► **Ressources :**

- ③ Des ressources **dédiées** (humaines, médicaments, etc.) au programme de lutte contre le cancer:
 - Un **leadership** médico-administratif (directeur médical / adjoint clinico-administratif)
 - Composition :
 - Une ou plusieurs **équipes interdisciplinaires**
 - Une **équipe soutien** faisant partie de l'équipe interdisciplinaire
 - Un accès à une **équipe de soins palliatifs**
- ④ Une **formation continue** à l'intention des membres de l'équipe interdisciplinaire

► **Fonctionnement :**

- ⑤ Un fonctionnement **interdisciplinaire**
 - Des infirmières pivots (**IPO**)
- ⑥ Une **intégration** avec :
 - Les **partenaires** du Centre de santé et de services sociaux (CSSS...)
 - Les **partenaires** des autres réseaux locaux
 - Les **partenaires** régionaux et suprarégionaux pour des services spécialisés et ultraspecialisés
 - Les intervenants de **santé publique** en ce qui concerne la prévention du cancer et la promotion de la santé
 - Les équipes et les ressources en **soins palliatifs de fin de vie** dans les différents sites de prestation
- ⑦ Des stratégies définies pour **favoriser la participation des personnes atteintes** aux processus décisionnels

► **Démarche d'évaluation :**

- ⑧ Un processus de **standardisation** et de **contrôle de qualité** :
 - Une **pratique selon les données probantes**
 - Un **comité des thérapies du cancer**
 - Un **mécanisme d'introduction des nouveaux médicaments**
 - Une **application des normes** (programme de dépistage du cancer du sein)
- ⑨ Un processus d'évaluation :
 - Du **monitorage**
 - Des **résultats**
 - De la **satisfaction de la clientèle**
 - Avec un **système d'information clinique et de gestion**

LEXIQUE

Chimiothérapie expérimentale

Absence de données probantes ou de consensus d'experts

Comité de coordination du programme d'oncologie

Il devrait s'agir d'une structure de coordination au sein du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) ou du Centre hospitalier (CH) qui favorise l'implantation du programme de lutte contre le cancer dans toutes ses dimensions. Ce comité devrait inclure des intervenants ou des gestionnaires responsables du volet préventif (pas seulement le curatif) ainsi que des partenaires du réseau local.

Comité des thérapies du cancer

Le comité des thérapies du cancer (CTC) regroupe les spécialistes du cancer d'un établissement ou d'une région afin de permettre des discussions scientifiques sur les cas complexes et de proposer aux médecins traitants des orientations concernant la bonne pratique médicale et les meilleurs traitements basés sur les données probantes ou la recherche.

Ce comité doit évaluer et stimuler l'évolution de la pratique médicale des équipes interdisciplinaires dans leur région et émet toute recommandation pertinente à l'amélioration continue de cette pratique.

Le CTC suprarégional doit être constitué par siège tumoral.

À la demande des équipes locales ou régionales, ou selon les besoins, et en collaboration avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le CTC peut aussi procéder à des analyses rétrospectives et à des révisions de cas ainsi qu'évaluer le succès ou le taux de complications des gestes thérapeutiques posés par l'équipe d'oncologie, les intervenants ou l'un de leurs partenaires dans un même établissement.

Le CTC doit être vu comme un outil de gestion de la qualité grâce à l'échange d'information, à la formation et à la rétroaction. Il constitue un mécanisme d'audit externe comparable au comité de révision de l'acte médical d'un CMDP.

Comité régional de lutte contre le cancer :

Structure ayant un mandat-conseil pour :

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

Ce comité se composera :

- des personnes provenant des établissements ou des milieux de soutien et de soins en cause (représentants de disciplines différentes : médecine, soins infirmiers, service social, pharmacie, diététique, santé publique, psychologie, bioéthique, etc.), des organismes communautaires, des groupes d'entraide et des associations de bénévoles;
- d'intervenants de l'Agence de développement;
- de personnes atteintes d'un cancer et de citoyens.

Consortium :

Groupement d'équipes/établissement constituées en vue d'opération commune dans la lutte contre le cancer

Fonctionnement interdisciplinaire

L'organisation proposée par le Programme québécois de lutte contre le cancer et reprise par le comité aviseur repose sur la mise en place d'équipes interdisciplinaires. Toutefois, le regroupement des personnes provenant de diverses disciplines ne suffit pas pour caractériser le travail d'une équipe interdisciplinaire. Cette notion d'interdisciplinarité sous-tend beaucoup plus, comme en témoigne la définition suivante :

« Regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ».

Si les avantages du travail en interdisciplinarité sont nombreux, particulièrement en oncologie, les conditions essentielles à sa réalisation sont multiples et concernent des aspects à la fois organisationnels (orientations claires, organisation du travail, leadership, partage de responsabilités, description de fonctions, formation continue...) et professionnels (adhésion à une philosophie, compétences disciplinaires, attitudes de respect, de confiance mutuelle, capacité à partager le pouvoir...).

De nombreux moyens d'échanges peuvent être utilisés pour favoriser le travail d'équipe et la mise en commun de l'expertise de chacun des membres. Les moyens suivants apparaissent les plus pertinents :

1. Des échanges formels sur les situations cliniques. Les médecins et les autres professionnels travaillent ensemble de telle sorte que les décisions concernant le diagnostic, le traitement et le soutien des personnes atteintes sont prises de manière interdisciplinaire et l'application de ces décisions se fait dans le respect des compétences de chacun. Les membres de l'équipe se rencontrent à une fréquence prédéterminée pour :
 - décrire la situation de la personne atteinte et de ses proches et les symptômes biopsychosociaux qu'elle présente;
 - définir les stratégies diagnostiques ou thérapeutiques;
 - assurer la coordination des soins et des services.
2. Des échanges formels sur les aspects opérationnels (réunions administratives à fréquence déterminée) portant sur les orientations et le fonctionnement des services, la transmission d'information en provenance de la gestion ou des demandes des employés.
3. Des sessions de formation et de soutien axées sur le soutien professionnel (ex. : le co-développement) offertes aux membres de l'équipe.

Gestionnaire responsable de programme :

Professionnel qui relève d'une direction dont le mandat est la réalisation et le fonctionnement du programme de lutte contre le cancer

Notion de réseau

Faisant partie d'un réseau, chaque équipe aura obligatoirement un rôle à jouer et des responsabilités à assumer. Ce rôle s'exercera soit au niveau du réseau local, au niveau d'une région ou encore au niveau du réseau universitaire. Il comprend autant le volet service que le volet participation aux activités du réseau (formation, soutien, supervision évaluation, participation aux différents comités d'une région, d'un RUIS ou de la Direction de la lutte contre le cancer).

Ainsi, l'équipe du centre local a surtout un rôle de services alors que l'équipe régionale/consortium aura également un rôle de services et surtout des responsabilités d'animation du réseau et de coopération avec l'Agence de développement pour s'assurer du bon fonctionnement des équipes, de la mise à jour des connaissances des professionnels et du fonctionnement en réseau des établissements de la région.

L'équipe de référence suprarégionale des CHU, des CHA et des instituts universitaires, de par sa vocation académique, exerce son rôle de leadership dans la lutte contre le cancer en fonction du siège tumoral de son expertise. Elle offre des services pour des cancers complexes ou rares ou nécessitant une expertise rare et/ou une infrastructure lourde non disponible partout. De plus, elle a une responsabilité réseau en matière de recherche fondamentale et clinique, d'évaluation, de formation de base ou spécialisée pour les professionnels de la santé ainsi que de l'évolution des pratiques selon les données probantes.

Notion d'accessibilité locale, régionale et suprarégionale

Afin de garantir un certain degré d'accessibilité, le PQLC comprend des normes minimales à respecter en ce qui concerne l'offre de services (voir document joint pour liste de services). Ainsi, l'on retrouve dans le PQLC, la liste de services devant être disponibles de façon minimale au niveau des centres de santé et de services sociaux, au niveau d'une région ou ceux devant être accessibles seulement au niveau suprarégional. Ainsi, on peut offrir dans un centre de santé et de services sociaux des services d'accessibilité locale ou régionale en autant que l'on respecte les critères de qualité définis. Il faudra s'assurer que des services de niveau régional soient minimalement dispensés dans chacune des régions. Advenant le cas contraire, ces services de niveau régional doivent être accessibles par entente avec un centre d'une autre région.

Par souci d'efficience et de qualité, le MSSS peut choisir de limiter l'accessibilité à des services à certaines institutions. Ce sont les services dits ultrasécialisés. Ces services sont définis comme ceux nécessitant une expertise plus poussée non disponible partout, requérant un soutien technique dispendieux ou encore requis par des personnes ayant des cancers très rares. Des ententes entre les institutions et le MSSS encadrent l'accessibilité à ces services et des modalités d'accès seront aussi définies entre les institutions.

L'approche préconisée par les CTC doit être basée sur l'ensemble des services à offrir et la concertation, non pas sur l'obligation. Des règles de fonctionnement doivent être établies.

Plan d'intervention :

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement

(Art 102 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Plan de services

Lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période déterminée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Un établissement qui participe à la réalisation d'un plan de services individualisé élaboré pour un usager peut communiquer, à un autre établissement ou à un intervenant qui dispense à cet usager des services de santé ou des services sociaux prévus à ce plan, un renseignement contenu au dossier de cet usager et nécessaire à la prestation de ces services.

(Art 103 du Projet de loi no 83 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives)

Recherche clinique

Protocoles d'études faites auprès des patients afin de trouver des moyens d'améliorer la santé et les soins. Chaque recherche vise à répondre à des questions scientifiques et trouver les meilleurs moyens pour prévenir, diagnostiquer ou traiter le cancer.

Recherche évaluative

Consiste à déterminer la relation entre les résultats observés et les activités et les ressources déployées. Les buts de la recherche évaluative sont :

- de déterminer l'effet des programmes;
- d'établir la validité des normes qui servira à l'évaluation administrative;
- d'expliquer les conditions de réussite ou d'échec du programme.

(La planification de la santé concepts-méthodes-stratégie, Raynald Pineault, Carole Daveluy p. 465)

Recherche fondamentale

Recherche théorique dont les applications pratiques ne sont pas immédiates.

Services offerts

Le PQLC suggère que la décision d'offrir ou de ne pas offrir un service de qualité repose sur les critères suivants :

- Les ressources disponibles et requises pour offrir ce service;
- La compétence des intervenants;
- La conformité aux normes de qualité reconnues;
- Le nombre de patients à qui le service sera offert;

En respectant les grandes lignes énoncées, l'équipe a à définir ce qu'elle est en mesure d'offrir à sa clientèle.

Thérapies complémentaires

Traitement de médecine non conventionnel basé ou non sur l'évidence (exemple : acupuncture, hypnothérapie, techniques de relaxation, massage, etc.)

TYPE DE CANCER PAR CODE CIM 9

TOUS LES CANCERS	140 à 208
SYSTÈME NEUROLOGIQUE	191-192
ORL	140 à149 et 160-161
DIGESTIF HAUT :	150 à152 et 155 à157
<i>Œsophage</i>	150
<i>Estomac</i>	151
<i>Pancréas</i>	157
DIGESTIF BAS :	153, 154 et 158
<i>Côlon</i>	153
<i>Rectum</i>	154
MUSCULOSQUELETTIQUE	170-171
SEIN	174
ENDOCRINIEN	193-194
PULMONAIRE :	162,163 et 165
<i>Plèvre</i>	163
<i>Poumon</i>	162
GYNÉCOLOGIQUE	179-184
MÉLANOME	172
HÉMATOLOGIE :	200 à 208
<i>Leucémie</i>	204-208
<i>Lymphome</i>	200-203
<i>Myélome multiple</i>	
UROLOGIQUE :	185-189
<i>Vessie</i>	188
<i>Prostate</i>	185
<i>Testicule</i>	186
OPHTALMOLOGIQUE	190
PÉDIATRIE	0 à 14 ans, 15 à 19 ans



Dans l'Annexe A-1 Insérer une copie :

de la résolution de l'engagement du Conseil d'administration

des lettres d'appui des directions (DSP, DSI, DSHA)

des lettres d'appui des conseils

CMPD

CII

CM

Autres

des lettres d'appui des départements, services et programmes

Chirurgie

Médecine

Pathologie

Pharmacie

Radiologie

Radio oncologie

Réadaptation

Service d'urgence

Service social

Autres

des lettres d'appui des partenaires (CLCS, CHSLD, CSSS, ETC.)



Dans l'Annexe A-2 Insérer une copie :

des procès-verbaux des réunions de la dernière année et la liste des membres du COMITÉ DE COORDINATION DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

de l'organigramme illustrant la position des membres de l'équipe dans l'établissement et liens de dépendance avec les différentes entités administratives de l'établissement



Dans l'Annexe A-3 Insérer une copie :

du profil socio-sanitaire et ethnoculturel en rapport avec la population que vous desservez des données obtenues par : <http://www.gouv.gc.ca/statistiques/population.html>



Dans l'Annexe A-4 Insérer une copie :

des activités spécifiques reliées au cancer que vous exercez, extraites du plan d'action local en santé publique (Sous forme de document élaboré)



Dans l'Annexe A-5 Insérer une copie :

- des types de biopsie disponibles en imagerie
- de l'information écrite remise au patient avant un examen d'imagerie
- de l'information écrite remise au patient avant un examen d'endoscopie



Dans l'Annexe A-6 Insérer une copie :

- l'exemple du formulaire standardisé vierge, utilisé par le pathologiste pour dicter son rapport en cas de cancer du sein, du poumon, de la prostate, du côlon et du rectum
- de cinq exemplaires dépersonnalisés récents de rapport de pathologie pour cancer du sein (5), cancer du colon (5) et du rectum (5)



Dans l'Annexe A-7 Insérer une copie :

- de l'énumération des interventions de concernant le volume et les interventions par type de cancer en chirurgie
- de cinq exemples récents de protocole opératoire dépersonnalisé pour le cancer du sein (5), du poumon (5), de la prostate (5), du côlon (5) et du rectum (5)



Dans l'Annexe A-8 Insérer une copie :

- de l'information écrite remise au patient en rapport avec la chimiothérapie
- du type de consultation disponible faite par le pharmacien pour les personnes atteintes de cancer
- de l'information écrite remise aux personnes atteintes de cancer concernant la chimiothérapie par le pharmacien
- des documents de formation continue relative à la médication utilisés par le pharmacien



Dans l'Annexe B-1 Insérer une copie :

de la description du rôle et des responsabilités de chacune des fonctions suivantes :

- Directeur médical
- Responsable clinico-administratif
- Autres

de la description du rôle et des *responsabilités spécifiques à l'équipe interdisciplinaire SEULEMENT* de chacune des fonctions suivantes :

- Médecins dont un assurant le leadership médical
- Responsable clinico-administratif
- Archiviste
- Chirurgien
- Ergothérapeute
- Expert médical en soins palliatifs
- Infirmière
- Infirmière pivot (IPO)
- Hémato-oncologue
- Nutritionniste
- Oncologue médical
- Pharmacien
- Psychologue
- Pathologiste
- Physiothérapeute
- Radiologiste
- Radio-oncologue
- Travailleur social

Autres collaborateurs :

- Animateur de pastorale**
- Bénévoles**
- Dentiste**
- Psychiatre**
- Représentant de patients**
- Représentant OSBL**
- Autres**



Dans l'Annexe C-1 Insérer une copie :

- des procès-verbaux des réunions cliniques de l'équipe de la dernière année
- des procès-verbaux des réunions administratives de l'équipe de la dernière année



Dans l'Annexe C-2 Insérer une copie :

du programme de soutien offert aux membres de l'équipe



Dans l'Annexe C-3 Insérer une copie :

de l'outil d'évaluation des besoins et des ressources de la personne atteinte et de ses proches



Dans l'Annexe C-4 Insérer une copie :

du ou des formulaires de transmission de l'information utilisés au cours du traitement et à la fin du traitement spécialisé, pour transmettre de l'information au médecin de famille



Dans l'Annexe C-5 Insérer une copie :

- d'un exemple de plan de service élaboré avec les autres organismes*
- de l'outil de transmission des données de transfert de la personne atteinte à un partenaire*



Dans l'Annexe C-6 Insérer une copie :

- des protocoles de référence précisant dans quelles circonstances les patients doivent être référés à une équipe régionale et suprarégionale*
- des ententes formelles concernant la référence des patients à une équipe régionale et suprarégionale*



Dans l'Annexe D-1 Insérer une copie :

du mandat du comité des thérapies du cancer s'il est différent de celui contenu dans le lexique



Dans l'Annexe D-2 Insérer une copie :

des normes de préparation des médicaments du service de pharmacie



Dans l'Annexe D-3 Insérer une copie :

des documents relatifs à l'analyse de coûts de l'oncologie à l'intérieur de votre établissement



Dans l'Annexe D-4 Insérer une copie :

des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle de la dernière année

des résultats de l'évaluation de la satisfaction des partenaires de la dernière année



Dans l'Annexe F-1 Insérer une copie :

des ententes écrites définissant des corridors de services pour les participantes au PQDCS entre le CSSS, les médecins traitants, le(s) CDD et le(s) CRID



Dans l'Annexe F-2 Insérer une copie :

du dernier procès-verbal dépersonnalisé de la révision de cas qui est faite par les professionnels qui participent aux activités de votre Centre (CRID, CDD)



Dans l'Annexe G-1 Insérer une copie :

- de tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement de l'équipe surspécialisée à desservir le réseau du RUIS*
- de tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement de l'établissement à soutenir l'équipe suprarégionale dans la réalisation de son mandat*
- de tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement de l'agence à soutenir l'établissement dans la réalisation du mandat de l'équipe suprarégionale*
- de tous les documents pertinents qui attestent de cet engagement du RUIS à soutenir l'équipe suprarégionale dans la réalisation de son mandat d'enseignement et de recherche*
- de la place de l'équipe suprarégionale dans l'organigramme du programme de lutte contre le cancer*



Dans l'Annexe G-2 Insérer une copie :

- de la description de fonction du directeur médical*
- de la description de fonction du gestionnaire clinico-administratif dédié*
- de la description du rôle de chaque professionnel spécifique au travail au sein de la désignation suprarégionale*



Dans l'Annexe G-3 Insérer une copie :

- de la description de la trajectoire de soins et services que l'équipe suprarégionale a défini pour les personnes atteintes qu'elle dessert*
- de la procédure établie d'accès conviviale pour ceux qui ont à leur référer des personnes atteintes*
- des procès-verbaux dépersonnalisés de la dernière année des rencontres cliniques de l'équipe suprarégionale et des outils utilisés (plan d'intervention, plan de service de la dernière année des rencontres interdisciplinaires spécifiques à la problématique pour laquelle une désignation est demandée*
- des ententes écrites avec les autres équipes des centres de santé et services sociaux et/ou des agences définissant des corridors de services pour l'expertise qui lui est reconnue avec un objectif de continuité des services*
- des procès-verbaux dépersonnalisés de la dernière année des rencontres administratives de l'équipe suprarégionale spécifiques à la problématique pour laquelle une désignation est demandée*




Dans l'Annexe G-4 Insérer une copie :

- des analyses obtenues du responsable dans la dernière année*
- des procès-verbaux dépersonnalisés de la dernière année du comité des thérapies du cancer ou d'un comité d'expert spécifique à la problématique pour laquelle une désignation est demandée*
- de la dernière évaluation de la qualité des gestes de l'équipe suprarégionale*
- de la dernière évaluation par un indicateur de temps-réponse*



Dans l'Annexe G-6 Insérer une copie :

- du programme de formation continue spécialisée, élaboré et donné pour les membres de l'équipe suprarégionale*
- du programme de formation continue spécialisée, élaboré et donné pour d'autres professionnels du Québec*
- de la liste des publications des trois dernières années qui attestent de cet engagement et à défaut d'articles : la feuille résumée des projets de recherche*
-  *Résumé des projets de recherche*

RÉFÉRENCES :

- ▲ **Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe**, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.

- ▲ **Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : Paramètres d'organisation**, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, avril 2004.

- ▲ **La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan**, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

- ▲ **Manual of Cancer Services Standards**, National Health Service (NHS).

- ▲ **Standards for cancer programs** march 2000, Association of Community Cancer Centers (ACCC).

- ▲ **Programme MIRE 2004**, Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

- ▲ **Cancer Program Standards 2004**, Commission on Cancer (CoC).

- ▲ **Clinical Standards - Breast cancer**, National Health Service in Scotland (NHSIS).

▲ **Improving supportive and palliative care for adults with cancer - manual** (second consultation), National Institute for Clinical Excellence (NICE).