

Mécanisme central
de gestion de l'accès
aux services de radio-oncologie

Cadre de référence

Mai 2010

Direction de la lutte contre

le cancer



Ont participé à la rédaction de ce document :

L'équipe de la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

Antoine Loutfi, M.D., FRCSC, FACS, directeur;
Brigitte Laflamme, directrice adjointe;
Mario Corriveau, conseiller en radio-oncologie.

Nous exprimons également notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document par leurs commentaires judicieux, en particulier les membres du Comité consultatif en radio-oncologie :

Dr Jean-Paul Bahary, FRCPC, radio-oncologue et chef du département de radio-oncologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), site de l'Hôpital Notre-Dame;
Dre Rachel Bujold, chef du service de radio-oncologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS);
Dre Carolyn Freeman, chef du département de radio-oncologie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM);
Dre Isabelle Germain, chef du département de radio-oncologie du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ);
M. François Grenier, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS;
Mme Sylvie Poirier, chef technologue en radio-oncologie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval;
M. Wieslaw Wierzbicki, physicien à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR).

Nous adressons également nos sincères remerciements à :

Mme Lise Caron, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS;
Mme Marlène Champagne, Direction de la lutte contre le cancer, MSSS;
Mme Joanne Smith, Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval;
Mme Caroline Vézina, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	4
INTRODUCTION.....	5
HISTORIQUE.....	6
OBJECTIFS DU MÉCANISME DE GESTION DE L'ACCÈS EN RADIO-ONCOLOGIE.....	7
CIBLE MINISTÉRIELLE.....	7
RESPONSABILITÉS/IMPUTABILITÉ.....	8
DE LA DLCC AU MSSS.....	8
LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	9
LES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DE LA RADIO-ONCOLOGIE.....	9
SEGMENTATION DU TEMPS D'ATTENTE.....	11
DÉBUT DE L'ATTENTE.....	11
FIN DE L'ATTENTE.....	11
QUI EST EN ATTENTE ?.....	11
LE MÉCANISME DE GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE RADIO-ONCOLOGIE.....	12
ÉTAPE 1 : DEMANDE DE CONSULTATION À UN SERVICE DE RADIO-ONCOLOGIE.....	13
<i>Qui fait quoi ?</i>	13
L'établissement.....	13
L'agence.....	13
Le MSSS.....	14
ÉTAPE 2 : ÉVALUATION PAR UN RADIO-ONCOLOGUE, DÉCISION DE TRAITER, DÉTERMINATION DE LA DATE UMP.....	15
<i>Qui fait quoi ?</i>	15
Radio-oncologue.....	15
ÉTAPE 3 : PATIENT INSCRIT SUR LA LISTE D'ATTENTE, DATE PRÉVISIBLE DE DÉBUT DE TRAITEMENT.....	16
RESPECTANT LA CIBLE DU MSSS.....	16
<i>Qui fait quoi ?</i>	16
Radio-oncologue.....	16
Chargé de secteur au service de radio-oncologie.....	16
L'établissement.....	17
L'agence.....	18
Le MSSS.....	18
ÉTAPE 4 : MODALITÉS PARTICULIÈRES – OFFRE DE TRANSFERT.....	19
<i>Qui fait quoi ?</i>	19
Phase 1 – Chargé de secteur au service de radio-oncologie.....	19
DSP et responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement.....	19
Responsable régional de l'agence.....	19
Phase 2 – Chargé de secteur au service de radio-oncologie.....	20
<i>Répartition détaillée des responsabilités de l'établissement</i>	20
L'établissement.....	20
CORRIDOR DE DESSERTE.....	22
ANNEXES.....	23
ANNEXE 1: GRILLE DE CLASSIFICATION PAR PRIORITÉ EN RADIO-ONCOLOGIE.....	24
ANNEXE 2 : MÉCANISME D'ACCÈS AUX SERVICES DE RADIO-ONCOLOGIE.....	25

Sommaire exécutif

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

Pour y arriver, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit s'assurer qu'un mécanisme central de gestion de l'accès soit implanté dans tous les établissements comportant un centre hospitalier. Certains services spécialisés, comme la radio-oncologie, sont touchés par des mécanismes particuliers.

Ce document fera office de guide aux instances mandatées pour l'implantation d'un mécanisme de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie du Québec.

On y décrit les responsabilités de tous les intervenants impliqués dans la démarche, et on y propose aussi un modèle détaillé qui fera en sorte, lorsqu'il sera intégré, d'assurer un accès respectant les cibles ministérielles pour tous les patients ayant besoin de traitements de radio-oncologie.

Ce cadre de référence pourra être bonifié au fil de l'implantation, des apprentissages et des situations auxquels nous serons confrontés.

Introduction

Le projet de loi 33, adopté le 13 décembre 2006 et mis en application le 1^{er} juin 2007, s'adresse à trois grands volets du secteur public de santé :

- ◆ le mécanisme d'accès aux services de santé spécialisés et surspécialisés;
- ◆ les centres médicaux spécialisés;
- ◆ l'assurance privée duplicative.

Depuis l'adoption du projet de loi 33, le MSSS s'assure qu'un mécanisme central d'accès soit instauré dans plusieurs services spécialisés et surspécialisés du secteur public. Par ce mécanisme, des modalités sont définies afin que des personnes requérant certains soins puissent en bénéficier dans des délais reconnus médicalement acceptables par les experts des domaines concernés. Ceci pourrait impliquer une ouverture restreinte vers le secteur privé dans certaines circonstances, pour certaines étapes de la trajectoire de soins.

Cette législation prévoit un délai de deux ans, à la suite de l'entrée en vigueur de l'article 185.1, pour étendre à l'ensemble des services spécialisés le mécanisme central de gestion de l'accès, comme stipulé à l'article 53.

Elle précise notamment que le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès dans un centre hospitalier devra agir sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP) (article 185.1)¹. De plus, cet article stipule que le directeur général de l'établissement devra faire rapport de l'efficacité de ce mécanisme central d'accès à son conseil d'administration au moins tous les trois mois. Finalement, l'article 431 de ce projet de loi indique que le MSSS peut prendre les mesures nécessaires pour que des mécanismes particuliers d'accès soient mis en place lorsqu'il juge que certains délais de traitement sont déraisonnables.

De ce fait, chaque établissement exploitant un centre de radio-oncologie devra :

- ◆ mettre en place un mécanisme de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie;
- ◆ s'assurer de la mise en place de modalités particulières;
- ◆ assurer un suivi personnalisé des patients.

Compte tenu des enjeux majeurs que représentent la mise en place et le suivi du mécanisme central d'accès aux services spécialisés, ce cadre de référence a été préparé afin de guider les responsables de l'accès des agences de la santé et des services sociaux et des établissements durant l'implantation d'un mécanisme dédié à la radio-oncologie.

Nous dresserons donc un portrait de l'historique de la gestion de l'accès dans les centres de radio-oncologie, ainsi que de l'implantation du mécanisme d'accès maintenant requis par le projet de loi 33, et déjà en partie appliqué dans les centres de radio-oncologie. Nous décrivons les objectifs attendus au terme de cette implantation, précisons les responsabilités imparties à chacun des acteurs (provincial, régional et local) et détaillerons le mécanisme de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie.

¹ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives – Projet de loi n° 33.

Historique

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

En 2004, l'implantation du Système de gestion de l'accès aux services en radio-oncologie (SGAS) constituait le premier jalon de l'instauration d'un processus rigoureux de suivi. Ce système permettait de connaître et de comprendre l'état de la situation de l'accès aux services de radio-oncologie dans chacun des centres hospitaliers offrant ces traitements. Cet outil de gestion donnait la possibilité aux services de radio-oncologie de tenir à jour un tableau dans lequel étaient compilés les différents cas de cancer répertoriés par site tumoral. Cette application fournissait également, au moment désiré, le temps écoulé pour chacun des patients inscrits depuis qu'ils étaient médicalement prêts à recevoir leurs traitements de radio-oncologie.

Dès son implantation, le SGAS a fait en sorte qu'en disposant du portrait réel de l'accès en radio-oncologie, nous pouvions désormais comparer l'accès dans tous les centres offrant ce service au Québec. Il offrait également la possibilité d'instaurer un mode de gestion dynamique, basé sur le respect des critères d'admissibilité aux services, selon des priorités médicales déterminées par consensus par le Comité de radio-oncologie, un comité d'experts composé de plusieurs radio-oncologues et de représentants du MSSS. Ces délais ont été enchâssés dans un énoncé de position du Collège des médecins et entérinés par le MSSS (voir annexe 1).

Pour répondre aux exigences du projet de loi 33, un mécanisme central de gestion de l'accès doit être mis en place dans tous les établissements du Québec. De ce fait, un responsable du mécanisme central de gestion de l'accès, sous la responsabilité du DSP, a été nommé en septembre 2006. Particulièrement en radio-oncologie, un chargé de secteur responsable de la gestion quotidienne des listes d'attente de ce service doit être identifié. Ce chargé de secteur est souvent le chef clinico-administratif du service de radio-oncologie. Il doit informer le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement des modalités particulières qui seront mises en place afin de respecter les délais médicalement reconnus en appliquant une standardisation du calcul du temps d'attente. Il s'assure également qu'un suivi personnalisé est offert au patient. À terme, le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS), déjà implanté dans le réseau, remplacera le SGAS comme outil supportant le suivi des mécanismes d'accès.

Les établissements munis de centres de radio-oncologie devront donc mettre en place les mécanismes nécessaires leur permettant d'assurer et d'améliorer, le cas échéant, l'accessibilité des patients à leur plateau technique de traitement en respectant les délais médicalement acceptables définis par les cibles ministérielles.

Objectifs du mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie

Cible ministérielle

Le MSSS a déterminé que chaque service de radio-oncologie doit organiser ses activités de manière à ce que :

- ◆ 90 % de la clientèle requérant des traitements de radio-oncologie soit traitée à l'intérieur d'un délai de quatre semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête
- et
- ◆ 100 % de cette clientèle soit traitée à l'intérieur d'un délai de huit semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête. Cette date est fixée de façon individuelle pour chaque patient.

Même si le seuil du délai de quatre semaines a été fixé à 90 %, chaque centre doit développer des processus visant à traiter tous les patients le plus tôt possible à l'intérieur de ce délai.

Notons que, pour le moment, le présent mécanisme ne comprend pas le calcul des segments concernant notamment l'attente et l'accès à un médecin de famille, ou l'attente pour la consultation d'un spécialiste. En effet, le mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie s'adresse seulement à la partie correspondant au segment compris entre le moment où un patient est déclaré médicalement prêt à recevoir ses traitements de radio-oncologie et la date du premier traitement (voir annexe 2). Il devra permettre d'apprécier avec précision les étapes de ce segment pour régler rapidement les problématiques naissantes et, de là, optimiser le fonctionnement de chaque secteur d'activité d'un service de radio-oncologie (simulation, dosimétrie caches et moulages, etc.).

L'implantation du mécanisme en radio-oncologie dans les établissements concrétisera la mise en place d'une approche systématique de gestion de l'accès aux services, déjà amorcée il y a quelques années dans ce secteur de spécialité. Ce mécanisme permettra d'assurer à chaque patient qu'il commencera sa série de traitements en radio-oncologie dans les délais déterminés par la grille de priorités médicales élaborée par le comité d'experts en radio-oncologie (voir annexe 1). Cette grille tient compte du degré de gravité caractérisé par la condition médicale du patient. Le délai maximal prévu entre la date où l'utilisateur est considéré comme médicalement prêt et le début de ses traitements a été établi à quatre semaines par le comité d'experts en radio-oncologie.

Ainsi, chaque établissement devra inscrire tous les patients sur la liste d'accès à son service de radio-oncologie. Il devra aussi exécuter les modalités prévues permettant de déterminer et d'informer les patients des dates prévisibles de début de leurs traitements en radio-oncologie, ainsi qu'assurer un suivi personnalisé aux patients (date UMP, date de début de planification, date de début de traitement, réponse aux questions, informations sur les non-disponibilités, feuillets d'informations, etc.).

Responsabilités/imputabilité

De la DLCC au MSSS

- ◆ Développer un cadre de référence (le présent document) sur lequel les agences et les établissements pourront s'appuyer pour élaborer des plans d'action locaux et régionaux permettant la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie, répondant ainsi aux exigences du projet de loi 33.
- ◆ Soutenir les agences et les établissements dans la gestion du changement entraîné par l'implantation du mécanisme d'accès en radio-oncologie et dans la formation des responsables du réseau.
- ◆ Assurer le suivi des plans d'action régionaux développés pour mettre en place le mécanisme d'accès en radio-oncologie.
- ◆ Définir et mettre à jour les cibles ministérielles d'accès en radio-oncologie.
- ◆ Établir pour l'ensemble du Québec une stratégie globale d'accès aux traitements de radio-oncologie en fonction de critères de performance, en collaboration avec les agences et les établissements, notamment les radio-oncologues nommés comme responsables des réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS).
- ◆ Soutenir la réalisation d'ententes de partenariat entre les agences lors de transferts inter-établissements et dénouer, lorsque c'est approprié, les situations qui pourraient survenir et empêcher leur réalisation en fonction du critère de performance.
- ◆ Élaborer un plan de surveillance permettant d'apprécier les mesures mises en place, afin de veiller à :
 - poursuivre le développement de l'outil informatique SIMASS en radio-oncologie, permettant de suivre des indicateurs développés pour analyser la performance de chaque centre par rapport à l'atteinte des cibles ministérielles d'accès. De ce fait, définir les variables requises par le système d'information SIMASS en radio-oncologie, permettant de développer les indicateurs nécessaires au suivi de gestion et à la reddition de comptes;
 - évaluer les résultats en consultant les données de la banque centrale SIMASS.
- ◆ Définir et respecter le cadre de gestion du maintien et du renouvellement du parc d'équipement.
- ◆ Définir et assurer la planification de la main-d'œuvre permettant aux centres de respecter les cibles ministérielles.

Les agences de la santé et des services sociaux

- ◆ Assurer la coordination régionale et supporter les établissements munis d'un service de radio-oncologie sur leur territoire afin qu'ils développent un plan d'action local permettant la mise en place du mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie.
- ◆ Évaluer l'efficacité de l'accès aux services de radio-oncologie sur leur territoire.
- ◆ Développer des corridors de service qui devront être entérinés par le biais d'ententes afin de coordonner, le cas échéant, tout transfert de patients. Les radio-oncologues nommés comme responsables des RUIS seront impliqués dans ce processus afin d'en assurer la fluidité.
- ◆ Élaborer un plan régional d'amélioration de l'accès en radio-oncologie et supporter les établissements dans la mise en place de leurs plans locaux d'amélioration de l'accès en radio-oncologie.
- ◆ Identifier et toujours soutenir les établissements sollicités de leur territoire, pour la prise en charge des patients en provenance des autres régions ou des autres centres, afin de leur assurer un accès aux traitements de radio-oncologie dans les délais d'accès prescrits.
- ◆ Participer, en collaboration avec les radio-oncologues nommés comme responsables du RUIS de leur territoire, à la planification de la main-d'œuvre et contribuer à son recrutement.
- ◆ Appliquer la circulaire 2008-017 (03.02.30.08) concernant le maintien du parc d'équipement médical, notamment celui en radio-oncologie.

Les établissements offrant de la radio-oncologie

- ◆ Développer un plan d'action local afin de mettre en place le mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie, assurant ainsi une gestion optimale en fonction de la capacité de production. La gestion de l'accès doit être confiée à des intervenants œuvrant au sein même du service de radio-oncologie (chargé de secteur).

N. B. Le chef médical et le chargé de secteur, qui est souvent en l'occurrence le chef clinico-administratif du service de radio-oncologie, sont responsables du bon fonctionnement et de la mise en place du mécanisme dans leur service. Ces derniers doivent être régulièrement en lien avec le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement.

- ◆ Plus spécifiquement, pour implanter le mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie, l'établissement doit :
 - définir et mettre en place des modalités efficaces d'acheminement de références pour consultation par un radio-oncologue;

- établir un processus formel de suivi des patients référés pour consultation, et ce, jusqu'au début de leurs traitements (penser ici à une continuité et s'assurer que les rôles des infirmières en radio-oncologie et des infirmières pivots en oncologie soient complémentaires);
 - instaurer ou conclure des ententes avec les différents fournisseurs de services ou partenaires afin de répondre aux besoins des patients durant leurs épisodes pré, per et post-traitements (hébergement, transport, stationnement, dentisterie, etc.).
 - élaborer un système permettant d'informer les patients de leur cheminement dès le début du processus (planification de la date de consultation dès la réception de la demande de consultation et estimation de la date prévisible de début des traitements – intervalle à l'intérieur duquel le patient devrait être traité – dès que le processus de planification est enclenché);
 - diffuser les informations pertinentes concernant le mécanisme de gestion de l'accès (délais d'attente pour chaque type de cancer, etc.) aux partenaires locaux (médecins, établissements, organismes communautaires, etc.);
 - développer un système assurant en tout temps la fluidité des communications entre les différents partenaires;
 - colliger l'information requise par le système SIMASS en radio-oncologie pour permettre l'évaluation de l'accès dans son centre de radio-oncologie et rendre cette information disponible.
- ◆ Coordonner l'ensemble des soins, de la réception de la demande de consultation à la fin de la période de traitements.
 - ◆ Élaborer un plan local d'amélioration de l'accès aux services spécialisés (PLAASS), qui explique les mesures mises en place pour améliorer l'accès ainsi que le cheminement et la prise en charge des patients en attente de services spécialisés.
 - ◆ Acquérir et entretenir les équipements spécialisés permettant d'offrir les traitements de radio-oncologie de façon sécuritaire et dans un délai respectant les cibles ministérielles (se référer à la circulaire 2008-017 (03.02.30.08), qui explique le processus).

Segmentation du temps d'attente

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

Début de l'attente

Le mécanisme établit les éléments importants en rapport avec le début formel de l'attente et la décision de traiter. L'élément représentant un préalable pour amorcer le temps d'attente est la date déterminée par le radio-oncologue où l'usager est considéré comme médicalement prêt à commencer ses traitements.



Le processus de planification de traitement doit être enclenché à temps, pour permettre à tous les secteurs d'activités du service de radio-oncologie de disposer d'un délai raisonnable pour effectuer leur travail. Ainsi, chaque centre devra établir un processus lui permettant de récupérer rapidement les requêtes de traitement remplies par les radio-oncologues indiquant le jour où le patient est réputé médicalement prêt (UMP = usager pour lequel la convalescence postchirurgie ou postchimiothérapie est complétée, et pour qui le radio-oncologue juge qu'un traitement de radio-oncologie peut commencer).

De cette manière, le chargé de secteur pourra immédiatement déterminer la date prévisible de début de traitement des patients en lien avec la recommandation du radio-oncologue, tout en respectant les cibles ministérielles. Il pourra ainsi aviser les patients au moment jugé opportun.

Fin de l'attente

L'attente pour un traitement prend fin lorsque le patient reçoit le premier traitement de radio-oncologie.

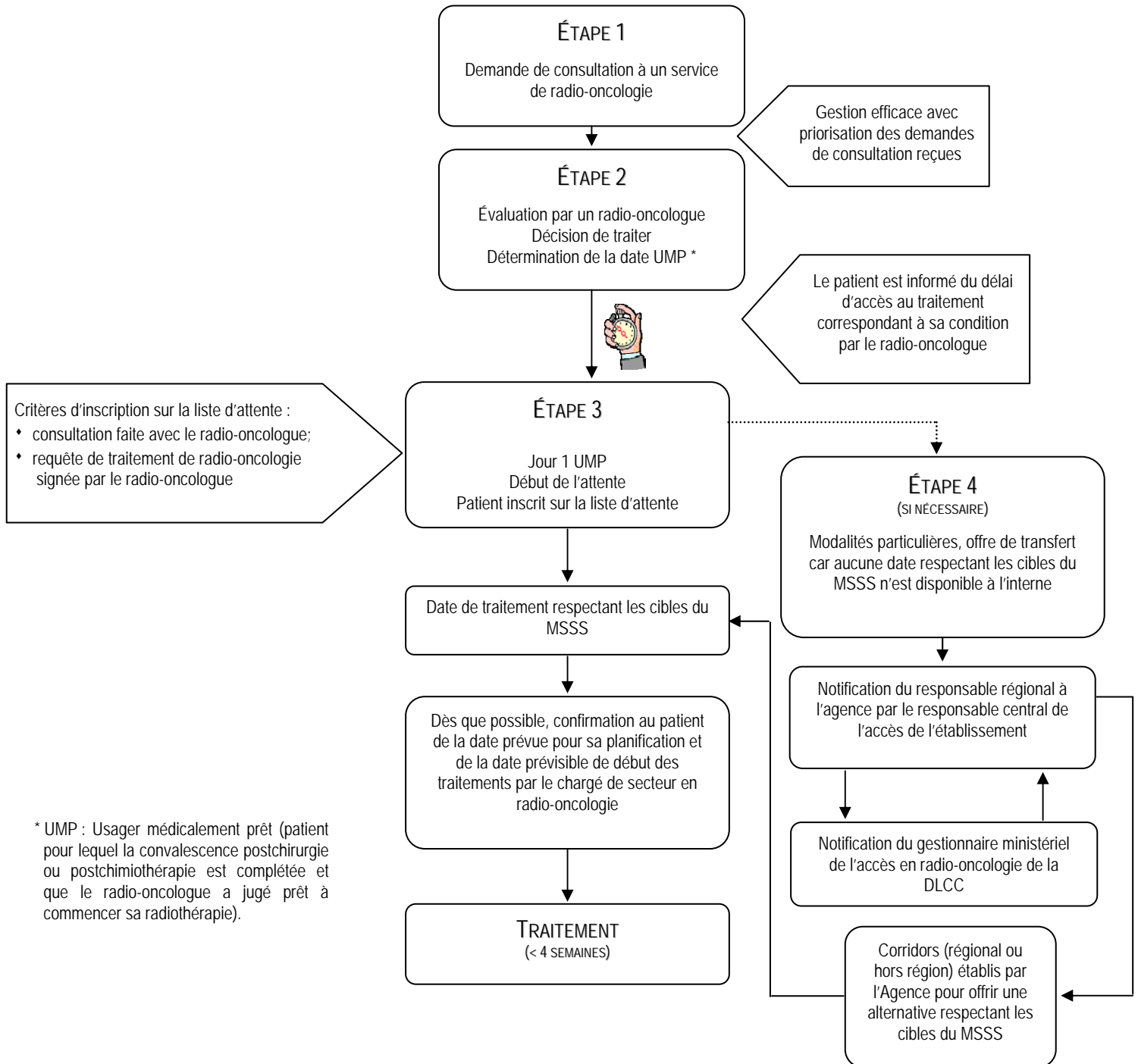
Qui est en attente?

Le mécanisme s'appliquera à tous les patients nécessitant des traitements en radio-oncologie. Notez qu'en cours d'attente, les patients devenant non disponibles pour leurs traitements pour des raisons personnelles ou médicales verront leur temps d'attente suspendu (en mode « pause »).

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

Le mécanisme de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie

Voici le schéma du mécanisme d'accès illustrant chacune des étapes. Le but de son instauration consiste à donner à toute personne dont l'état justifie un traitement de radio-oncologie l'accès à ce service en temps opportun, en respectant les cibles ministérielles et les délais médicalement acceptables. Pour le moment, la cible ministérielle demande que 90 % des patients nécessitant des traitements de radio-oncologie soient traités dans un délai de quatre semaines suivant la date où ils sont déclarés médicalement prêts, et que 100 % des patients soient traités à l'intérieur d'un délai de huit semaines suivant la date où ils sont déclarés médicalement prêts.



* UMP : Usager médicalement prêt (patient pour lequel la convalescence postchirurgie ou postchimiothérapie est complétée et que le radio-oncologue a jugé prêt à commencer sa radiothérapie).

Étape 1 : Demande de consultation à un service de radio-oncologie

Afin d'accélérer la prise en charge du patient par le service de radio-oncologie, le médecin traitant devrait remplir un formulaire de demande de consultation, de préférence SGAS-SIMASS, et l'acheminer avec les informations médicales et radiologiques complètes concernant le patient référé au service de radio-oncologie.

Qui fait quoi?

L'établissement

Chaque établissement exploitant un centre de radio-oncologie doit nommer un responsable du mécanisme de gestion de l'accès en radio-oncologie (chargé de secteur), qui sera en lien avec le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement. Ce dernier est, pour sa part, sous la responsabilité du DSP.

Le chef clinico-administratif, jouant souvent le rôle de chargé de secteur, assurera une gestion active de la liste d'attente en collaboration avec le chef médical du service de radio-oncologie. Il fera en sorte que les patients puissent compter sur un suivi personnalisé et qu'ils aient accès au service de radio-oncologie en respectant les cibles ministérielles. À cette étape, un processus de priorisation des consultations reçues doit être mis en place pour que chaque patient soit consulté en temps opportun par un radio-oncologue.

Le chargé de secteur devra informer le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement de l'évolution de l'accessibilité au service de radio-oncologie. Ce dernier pourra ainsi transmettre l'information au directeur général de l'établissement qui, de son côté, devra en faire le rapport tous les trois mois à son conseil d'administration.

Déjà, à ce stade-ci, il est nécessaire que l'établissement informe l'agence de tout problème pouvant nuire à l'accès à son service de radio-oncologie, ainsi que des mesures envisagées pour résoudre la problématique.

L'agence

L'agence devra s'assurer que la capacité de traitement de chacun des établissements offrant de la radio-oncologie soit en cohérence avec la demande de services, et vérifier de quelle institution relève la responsabilité des patients de son territoire de desserte pour les consultations en radio-oncologie. Les responsabilités des établissements référant, incluant les médecins y pratiquant, et des établissements receveurs, où se réalise la consultation avec le radio-oncologue, seront également définies.

De plus, l'agence doit nommer un responsable régional de l'accès qui accompagnera les établissements dans leur gestion active de l'accessibilité aux services de radio-oncologie.

Toutes les informations relatives aux délais d'attente ou aux risques de rupture de service devront être disponibles pour les acteurs qui dépendent de l'établissement où les traitements de radio-oncologie sont donnés.

L'agence devra informer le MSSS de tout problème pouvant nuire à l'accès aux services de radio-oncologie de son territoire et proposer des mesures pour résoudre la problématique.

Le MSSS

Le MSSS supportera les agences et les établissements dans leurs fonctions respectives. Il pourra générer et rendre disponible tout rapport comparatif sur l'accès aux services sur une base régionale, territoriale ou par établissement.

À la fin de l'étape 1 du mécanisme d'accès, le patient sera informé de la date de sa consultation avec le radio-oncologue.

Étape 2 : Évaluation par un radio-oncologue, décision de traiter, détermination de la date UMP

Qui fait quoi?

SERVICE DE RADIO-ONCOLOGIE

Radio-oncologue

Le radio-oncologue désigné reçoit le patient, l'évalue et peut demander des examens complémentaires afin de prendre une décision quant à l'option de traitement convenant à la situation particulière du patient.

S'il décide qu'un traitement de radio-oncologie s'avère nécessaire, il détermine la date où l'utilisateur sera médicalement prêt (UMP = usager pour lequel la convalescence postchirurgie ou postchimiothérapie est complétée et pour qui le radio-oncologue juge qu'un traitement de radio-oncologie peut commencer). Il informe son patient du délai d'accès aux traitements correspondant à sa condition, comme prévu dans la grille de classification par priorité en radio-oncologie, apparaissant à la page 9 de l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec, intitulé : « La gestion de l'accès aux services en radio-oncologie pour une approche systématique » (voir annexe 1).

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

Le radio-oncologue mentionnera également à son patient qu'un membre du personnel le contactera pour lui donner un rendez-vous afin de planifier ses traitements.

N. B. Le délai pour rencontrer un radio-oncologue, de même que ceux pour subir les différents examens requis afin de poser un diagnostic et de prendre une décision quant à l'option de traitement, ne sont pas pris en compte présentement dans le calcul du temps d'attente.

À la fin de l'étape 2 du mécanisme d'accès, le patient saura s'il recevra ou non des traitements de radio-oncologie et qu'on le contactera pour convenir d'un rendez-vous pour procéder à l'étape de la planification de traitement.

Étape 3 : Patient inscrit sur la liste d'attente, date prévisible de début de traitement respectant la cible du MSSS

N. B. Il est important de convenir que l'obtention du service requis dans les délais est une responsabilité organisationnelle.

Le mécanisme d'accès chapeaute la prise en charge individualisée de toutes les requêtes transitoires de traitement. Afin d'arriver à une prise en charge optimale de tous les patients nécessitant des traitements, l'utilisation d'outils de gestion tels que SIMASS, ARIA, LANTIS, MOSAIQ et d'autres systèmes développés localement est incontournable.

Qui fait quoi?

SERVICE DE RADIO-ONCOLOGIE

Radio-oncologue

À cette étape, le radio-oncologue a déjà pris la décision de traiter le patient évalué.

Il transmet immédiatement au chargé de secteur une requête transitoire de traitement signée, dans laquelle apparaissent les informations pertinentes à la planification de la série de traitements, la date UMP et la priorité d'accès prévue dans la grille de classification par priorité en radio-oncologie.

Ce document et les informations qu'il contient sont nécessaires pour que le chargé de secteur puisse inscrire correctement le patient sur la liste d'attente.

Chargé de secteur au service de radio-oncologie

Le chef médical du service de radio-oncologie et le chargé de secteur s'assurent du bon fonctionnement du processus et du respect de la cible de 90 % des patients traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines et de 100 % à l'intérieur d'un délai de huit semaines à partir de la date UMP.

Notez que, dans le cadre du mécanisme central de gestion de l'accès, le chargé de secteur doit être en lien avec le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement, tout ceci sous l'autorité du DSP.

Le chargé de secteur doit, à la réception de la requête transitoire de traitement signée :

- ◆ vérifier qu'elle contient toutes les informations dont il a besoin et récupérer les données manquantes lorsque c'est nécessaire;
- ◆ inscrire au même moment le patient sur la liste d'attente en complétant les informations nécessaires;

- ◆ dès que la date UMP est connue, déterminer la date prévisible de début des traitements du patient en respectant les cibles de délais relatifs aux priorités et entrer ces deux dates dans le SIMASS. C'est cette étape qui enclenche le début de l'attente et la mise en marche du chronomètre;
- ◆ dès que possible, contacter le patient pour l'informer de sa date de rendez-vous pour le début de l'étape de planification et l'informer de la date probable du début de ses traitements en respectant la cible ministérielle;
- ◆ assurer le suivi personnalisé du patient en attente de services et voir à respecter la date de début de traitement prévue.

Le chef médical du service de radio-oncologie, en collaboration avec le chargé de secteur, doit effectuer une gestion centralisée de tous les cas figurant sur la liste d'attente en radio-oncologie. Dans le cadre du mécanisme central de gestion de l'accès, le chargé de secteur doit informer le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement de l'évolution de l'attente pour que ce dernier puisse en faire le rapport à ses supérieurs (DSP et DG).

N. B. Le calcul du délai d'attente s'amorce dès que la consultation est faite par le radio-oncologue et qu'une date UMP est déterminée (jour 1). Le temps d'attente correspond au nombre de jours s'écoulant entre la date UMP et la date réelle de début des traitements du patient. Dans certaines circonstances où le recours à un transfert interétablissements s'avère nécessaire, le temps d'attente s'additionne. Il correspond donc au nombre de jours s'écoulant entre la date UMP déterminée dans le centre d'origine et la date réelle de début des traitements du patient dans le centre où ce dernier a été transféré.

Il est donc primordial de récupérer rapidement les requêtes transitoires de traitement après la consultation avec le radio-oncologue car, même si la requête arrive deux semaines plus tard au chargé de secteur du service de radio-oncologie, c'est la date UMP qui déclenche le chronomètre, et non la date de réception de la requête.

L'établissement

L'établissement doit s'assurer de mettre à la disposition du service de radio-oncologie les ressources organisationnelles permettant une continuité dans le cheminement du patient jusqu'au début de son traitement.

Le directeur général doit faire rapport des délais d'attente au moins tous les trois mois lors des réunions du conseil d'administration.

Pour sa part, le DSP est imputable de la mise en place et du fonctionnement du mécanisme d'accès dans son établissement.

Finalement, le chef médical et le chef clinico-administratif du service de radio-oncologie (chargé de secteur) doivent s'assurer du bon fonctionnement et de la mise en place du mécanisme dans leur service.

L'agence

Elle doit viser l'harmonisation des mécanismes et des pratiques sur son territoire (lorsque plus d'un établissement offre de la radio-oncologie sur le même territoire).

Le MSSS

Il doit viser l'harmonisation des mécanismes et des pratiques au niveau provincial.

À la fin de l'étape 3 du mécanisme d'accès, la planification de traitement du patient est terminée et ses traitements ont commencé en respectant les cibles du MSSS.

Pour les centres n'éprouvant pas de difficultés ponctuelles, le mécanisme s'arrête après l'étape 3.

Étape 4 : Modalités particulières – offre de transfert

Lors de circonstances incontrôlables et après avoir épuisé toutes les solutions leur permettant de prendre en charge leur clientèle habituelle à l'interne (réorganisation du travail, horaires étendus sans heures supplémentaires, transfert des patients vers d'autres appareils de traitement, heures supplémentaires conventionnées, etc.), les centres aux prises avec de telles situations doivent proposer à la clientèle en attente une offre pour qu'elle puisse obtenir les traitements dans des délais respectant les cibles ministérielles. On parle donc d'avoir recours à un processus de transfert dans un centre de radio-oncologie de la même région ou dans un centre en dehors de la région.

Concernant les frais engendrés par le transfert de patients, veuillez vous référer à la politique régionale de déplacement des usagers 2009-005 (01.01.40.10).

Qui fait quoi?

DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROCESSUS EN DEUX PHASES

Phase 1 – Chargé de secteur au service de radio-oncologie

Le chargé de secteur au service de radio-oncologie doit effectuer un suivi rigoureux de l'offre de service. Cela englobe autant l'accessibilité en téléthérapie qu'en curiethérapie. Dès qu'il constate qu'aucune date prévisible de début des traitements respectant les cibles ministérielles pour un patient n'est disponible, il doit en aviser le chef médical, le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement et le DSP.

DSP et responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement

Si, après avoir pris connaissance de la problématique en discutant notamment avec les responsables du service, le DSP et le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement considèrent toujours que la situation ne pourra être résolue à temps à l'interne, le responsable du mécanisme central de gestion doit aviser le responsable régional de l'agence.

Responsable régional de l'agence

Le responsable régional de l'agence devra évaluer si un centre, situé à l'intérieur et par la suite à l'extérieur de la région, peut accueillir les patients du centre éprouvant des problèmes d'accès. Cette évaluation est réalisée conjointement avec les chefs médicaux et les chefs clinico-administratifs des services de radio-oncologie du territoire. Les radio-oncologues nommés comme responsables RUIS seront également consultés. Notez que les transferts entre centres relevant d'un même RUIS sont à prioriser.

Phase 2 – Chargé de secteur au service de radio-oncologie

Une fois le corridor de transfert confirmé par son agence, le chargé de secteur au service de radio-oncologie doit présenter aux patients l'offre de transfert possible et la consigner à leur dossier. L'offre ne doit pas avoir comme conséquence de repousser le délai d'accès, d'où l'importance que cette étape survienne le plus tôt possible dans le processus, préférablement au moment de l'inscription sur la liste d'attente. Notez que le patient doit demeurer dans le système SIMASS de l'établissement d'origine jusqu'au jour où le premier traitement lui sera prodigué par le centre receveur. De cette manière, le temps d'attente réel sera comptabilisé par l'établissement d'origine.

En aucun temps un transfert interétablissements ne fera recommencer le délai d'attente. Le temps d'attente total pour un patient transféré sera égal à la somme des délais du centre référant et du centre receveur (de la date UMP à la date de début des traitements).

Tout refus de l'offre de transfert par le patient doit être consigné à son dossier. Néanmoins, le chargé de secteur devra continuer à assurer le suivi personnalisé de ce patient, car ce dernier demeure inscrit au sein du mécanisme. Il doit donc voir, dans ce cas, à ce que le traitement soit retardé le moins longtemps possible. S'il dépasse les délais, ce patient est tout de même considéré comme hors délai.

Le chargé de secteur au service de radio-oncologie doit colliger, sur un même tableau, le nombre total d'offres de transfert proposées, ainsi que le nombre d'offres acceptées et refusées.

Répartition détaillée des responsabilités de l'établissement

L'établissement

L'établissement doit assurer une surveillance continue de l'accès et de toutes les circonstances pouvant modifier ou influencer la disponibilité des services en lien avec le service de radio-oncologie. Il pourra ainsi identifier rapidement les situations pour lesquelles le respect de la garantie d'accès pourrait être problématique, telles que la pénurie ou l'absence temporaire du côté des effectifs médicaux, des soins infirmiers et des autres ressources spécialisées, des défaillances des plateaux techniques, de la non-disponibilité des lits d'hospitalisation, etc.

De façon plus spécifique, le chargé de secteur au service de radio-oncologie doit :

- ◆ informer avec diligence le patient qu'il ne pourra être traité à l'intérieur des délais prescrits par son radio-oncologue (plusieurs raisons possibles : non-disponibilité, liste d'attente trop longue, absence temporaire, etc.);
- ◆ renseigner le patient sur les différentes possibilités (deuxième offre) que l'établissement peut lui offrir. Ce sont, dans l'ordre :
 - le choix d'un autre médecin dans le même établissement;
 - le choix d'un autre établissement dans la région (lorsqu'il y a d'autres services de radio-oncologie disponibles dans la région) selon les corridors de service et les modalités régionales de transferts interétablissements;

- le choix d'un autre établissement hors région selon les corridors de service et les modalités interrégionales de transferts;
- ◆ guider le patient et répondre à ses questions afin qu'il puisse faire un choix éclairé et respecter son choix;
- ◆ entreprendre rapidement les démarches de transfert selon les modalités régionales dès que le corridor est officialisé par l'agence;
- ◆ rassurer le patient en lui assurant qu'à la fin des traitements il pourra recourir à son service de radio-oncologie d'origine;
- ◆ consigner le refus éclairé au dossier du patient;
- ◆ poursuivre la gestion active de la demande de service des patients ayant signifié leur refus à une deuxième offre, afin qu'ils puissent être traités dans les meilleurs délais possibles et selon leurs conditions médicales.

Dans les cas de transfert vers un autre établissement à l'intérieur ou à l'extérieur de la région, l'établissement référant doit continuer à assurer le suivi administratif du patient afin qu'il soit traité à l'intérieur des délais. Comme mentionné dans la rubrique précédente, le patient doit demeurer dans le système SIMASS de l'établissement d'origine jusqu'au jour où le premier traitement lui sera prodigué par le centre receveur. De cette manière, le temps d'attente réel sera comptabilisé par l'établissement d'origine. L'établissement receveur est cependant responsable d'offrir le service requis en respectant les délais. Le médecin de départ est responsable de son patient jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par le médecin qui le traitera.

N. B. En tout temps entre le début et la fin de l'attente, le patient devra être averti si un événement risque d'affecter son délai d'attente.

CORRIDOR DE DESSERTE

Chapitre à venir

Annexes

Annexe 1 : Grille de classification par priorité en radio-oncologie

Accessibilité en radio-oncologie – classification par priorité (CRO) ¹		
Diagnostic ou situation clinique	Priorité	Détails
Compression médullaire Syndrome de la veine cave supérieure Syndrome hémorragique (vessie col utérin bronche etc) Métastases cérébrales symptomatiques	1	1 jour
Compression bronchique, viscérale ou vasculaire Métastases osseuses douloureuses Métastases cérébrales peu symptomatiques Tout autre radiothérapie palliative antalgique Tumeurs pédiatriques qui requièrent un début de traitement rapide Prévention de la formation osseuse hétérotopique Chéloïde Ptérygion	2	3 jours
Tumeurs pédiatriques Radiothérapie exclusive : <ul style="list-style-type: none"> · Tumeurs de la sphère ORL incluant la thyroïde · Tumeurs gynécologiques · Tumeurs pulmonaires Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> · Tumeurs de l'anus · Tumeurs de la vessie · Tumeurs du pancréas · Tumeurs de l'œsophage · Carcinome pulmonaire à petites cellules Radiothérapie préopératoire seule ou combinée à la chimiothérapie de différents sites (ex : rectum, sarcome, etc) Maladie de Hodgkin Lymphomes non hodgkiniens Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique) Les irradiations corporelles totales chez des usagers en préparation de greffe de moelle osseuse Séminomes Cancer du sein inflammatoire	3	14 jours
Radiothérapie postopératoire : cancer du sein de la prostate de la sphère ORL du rectum gynécologique sarcome, pancréas, etc Cancer du poumon sous chimiothérapie Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (hormonothérapie ou chimiothérapie) avant de débiter leur radiothérapie Radiothérapie exclusive ou postopératoire : tumeurs de la peau Radiothérapie exclusive : tumeurs de la prostate	4	28 jours

¹ CRO : Comité de radio-oncologie – Délais approuvés le 11 février 2004

Note : La grille de classification par priorité a été révisée par le comité avisier en radio-oncologie le 7 septembre 2004 (ajouts de diagnostics). Il est à noter que cette liste de diagnostics ou de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale



ANNEXE 2 : Mécanisme d'accès aux services de radio-oncologie

