

Programme de cancérologie du Centre intégré de cancérologie du CHU de Québec-Université Laval

État de situation actuel & perspectives d'avenir

Direction cancérologie

Version du : 2025-01-09

Hiver 2025

Aucune reproduction complète ou partielle de ce document n'est permise
sans l'autorisation écrite du CHU de Québec-Université Laval.

© CHU de Québec-Université Laval, 2024.

RÉDACTION, COLLABORATEURS ET REMERCIEMENTS

Le Programme de cancérologie du Centre intégré de cancérologie du CHU de Québec-Université Laval : État de situation actuel et perspectives d'avenir a été élaboré par la Direction de cancérologie du CHU de Québec-Université Laval sous la supervision de Maria Gabriela Ruiz Mangas, directrice cancérologie, et la D^{re} Isabelle Germain, co-gestionnaire médicale du Programme de cancérologie.

Ce travail colossal n'aurait pas été possible sans l'équipe de rédaction :

- Maria Gabriela Ruiz Mangas, Directrice cancérologie
- Isabelle Germain, Co-gestionnaire médicale du Programme de cancérologie
- Audrey Paquet-Beaupré, Adjointe à la direction cancérologie et co-gestionnaire administrative du Programme de cancérologie
- Sonya Deraspe, Coordinatrice des services en cancérologie
- Karine Bouchard, Agente planification et programme de recherche

Ce document est également le fruit d'une vaste consultation qui a eu lieu en 2023 et 2024 réalisée auprès des :

- 43 membres du comité de gestion du Programme de cancérologie du CHU de Québec-Université Laval (CHU)
- 9 membres du comité exécutif de la cancérologie du CHU
- Directions et co-gestionnaires médicaux associés dont :
 - Direction mère-enfant
 - Direction chirurgie et périopératoire
 - Direction médecine
 - Direction ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés
 - Direction des soins infirmiers
 - Direction des services de santé et des services sociaux multidisciplinaires
 - Direction médicale et des services professionnels
 - Département de pharmacie
 - Département d'imagerie médicale
 - Direction Optilab Capitale-Nationale
 - Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
 - Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
 - Direction de la recherche
- Patients partenaires : M. Louis Malouin et M^{me} Laurence Drouin
- M^{me} Goulet, présidente directrice générale adjointe

Nous tenons également à souligner la contribution de M^{me} Sylvie Boucher, D^{re} Annie Tremblay et D^r Guy Cantin, anciens responsables du Programme de cancérologie en 2016 et qui avaient à ce moment produit une première ébauche écrite du Programme de cancérologie. Le présent document s'inscrit dans la continuité de leur travail.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
1. MISE EN CONTEXTE	11
1.1. L'ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE AU CHU	13
1.1.1. <i>Activités hospitalières</i>	14
1.1.2. <i>Activités ambulatoires</i>	15
1.1.3. <i>L'interdisciplinarité au cœur de l'organisation</i>	16
1.2. LA GOUVERNE DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE.....	17
1.3. NOTRE CLIENTÈLE	18
1.3.1. <i>Nombre de patients oncologiques diagnostiqués ou traités au CHU</i>	18
1.3.2. <i>Description de la clientèle selon la région de provenance</i>	18
1.3.3. <i>Description de la clientèle en fonction de l'âge</i>	21
2. ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU	23
2.1. DÉTECTION PRÉCOCE ET DÉPISTAGE	23
2.2. INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC.....	24
2.3. TRAITEMENTS	27
2.3.1. <i>Chirurgie</i>	27
2.3.2. <i>Radiothérapie</i>	30
2.3.3. <i>Agents anticancéreux</i>	31
2.3.4. <i>Service d'intervention rapide en oncologie (SIRO)</i>	32
2.3.5. <i>Théranostique</i>	33
2.4. ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DE LA PERSONNE TOUCHÉE PAR LE CANCER ET SES PROCHES.....	33
2.5. SUIVI, SURVEILLANCE ET VIE APRÈS LE CANCER	35
2.6. SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE	36
2.7. PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE, PRÉVENTION ET PROTECTION CONTRE LE CANCER	37
2.8. LES RÉSEAUX EN CANCÉROLOGIE	37
2.9. RECHERCHE ET INNOVATION.....	38
2.10. ENSEIGNEMENT ET FORMATION CONTINUE	40
3. PRIORITÉS ET ORIENTATIONS 2024-2028	42
AXE 1 : PARTICIPATION ACTIVE DE LA POPULATION ET DES PERSONNES TOUCHÉES PAR LE CANCER.....	44
AXE 2 : PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE ET PRÉVENTION	45

AXE 3 : DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS.....	45
AXE 4 : INVESTIGATION RAPIDE FONDÉE SUR LA PERTINENCE	46
AXE 5 : DES TRAITEMENTS EFFICACES, PERTINENTS ET INNOVANTS	47
AXE 6 : LA PRESTATION DE SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN TOUT AU LONG DE LA TRAJECTOIRE	50
AXE 7 : UN RÉSEAU HIÉRARCHISÉ ET INTÉGRÉ POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ ET UNE ÉVOLUTION DES PRATIQUES	50
AXE 8 : LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA POPULATION AU REGARD DU CANCER ET L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE.....	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre d'hospitalisations en hémato-oncologie (HO) et radio-oncologie (RO) au CHU	15
Tableau 2 : Liste des CDTC sous le leadership du CHU	16
Tableau 3 : Nombre de patients adultes diagnostiqués ou traités au CHU selon l'année de diagnostic (du 1er janvier au 31 décembre)*	19
Tableau 4 : Nombre de patients pédiatriques (moins de 18 ans) diagnostiqués ou traités au CHU selon l'année de diagnostic (du 1er janvier au 31 décembre)*	20
Tableau 5 : Nombre de patients adultes diagnostiqués ou traités au CHU selon leur région administrative de résidence (1er janvier 2022 au 31 décembre 2022)*	20
Tableau 6 : Nombre de patients pédiatriques (0-18 ans) diagnostiqués ou traités au CHU selon la région administrative de résidence (1er janvier 2022 au 31 décembre 2022)*	21
Tableau 7 : Distribution de l'âge en fonction des principaux sièges tumoraux des femmes diagnostiquées ou traitées au CHU en 2022*	22
Tableau 8 : Distribution de l'âge en fonction des principaux sièges tumoraux des hommes diagnostiqués ou traités au CHU en 2022*	22
Tableau 9 : Nombre de cas chirurgie oncologique analysés et temps de réponse moyen (2023-2024).....	26
Tableau 10 : Nombre de cas biopsie (incluant cas oncologiques et non oncologiques) analysés et temps de réponse moyen (2023-2024)	26
Tableau 11 : Tableau 11 : Nombre de chirurgies oncologiques réalisées par établissement et % réalisés en moins de 28 jours, entre 29 et 56 jours et en 57 jours et plus.....	28
Tableau 12 : Nombre de chirurgies oncologiques réalisées par siège tumoral et % réalisés en moins de 28 jours, entre 29 et 56 jours et en 57 jours et plus.....	29
Tableau 13 : Nombre de mises en traitement* en radio-oncologie	31
Tableau 14 : Nombre de fauteuils/civières selon les sites	31
Tableau 15 : Volumes de greffes réalisées dans les principaux centres greffeurs du Québec	32
Tableau 16 : Nombre de lits de soins palliatifs	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Projet d'établissement 2023-2027 du CHU	11
Figure 2 : Méthodologie pour la Révision du Programme de Cancérologie.....	12
Figure 3 : Répartition des équipes spécialisées du Centre intégré de cancérologie du CHU.....	14
Figure 4 : Fonctionnement interdisciplinaire par siège tumoral	16
Figure 5 : Structure du programme de cancérologie du CHU	17
Figure 6 : Continuum de soins en cancérologie (MSSS, 2023)	23
Figure 7 : Chirurgies oncologiques en attente.....	29
Figure 8 : Axes structurants du Programme québécois de cancérologie (MSSS, 2023).....	42
Figure 9 : Organigramme du Programme de cancérologie	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Axes structurant et orientations prioritaires en cancérologie 2023-2030.....	54
Annexe 2 : Rapport d'activités des CDTC.....	55
Annexe 3 : Mandat du comité de gestion.....	56
Annexe 4 : Mandat du comité exécutif.....	58
Annexe 5 – Plan d'action du programme de cancérologie 2024-2026	59

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

CCSR	CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX
CHU	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL
CIC - HEJ	BÂTIMENT CENTRE INTÉGRÉ EN CANCÉROLOGIE - HEJ
CMS	CENTRE DES MALADIES DU SEIN
CDD	CENTRE DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉ
CDTC	COMITÉS DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER
CISSS	CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
CIUSSS	CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
CNPC	COMITÉ NATIONAL PÉDIATRIQUE EN CANCÉROLOGIE
CRIC	CENTRE RÉGIONAL INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE CHAUDIÈRES-APPALACHES
CRID	CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR INVESTIGATION DÉSIGNÉ
CUSM	CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL
DSI	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
DSM	DIRECTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MULTIDISCIPLINAIRES
L'HDQ	L'HÔTEL DIEU DE QUÉBEC
HEJ	HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS
HSS	HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT
HSFA	HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE
IPO	INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE
IPS	INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
IUCPQ	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
OPSS	ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE
PQC	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE CANCÉROLOGIE
PQDCS	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PREMS	PATIENT-REPORTED EXPERIENCE MEASURES
PROMS	PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES
ROEQ	RÉSEAU D'ONCOGÉNÉTIQUE DE L'EST DU QUÉBEC
RQC	REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER
RUISSUL	RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
SIRIO	SERVICE DE RÉFÉRENCE ET D'INFORMATION EN ONCOLOGIE
VPH	VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN

INTRODUCTION

C'est avec grand enthousiasme et fierté que nous vous présentons le **Programme de cancérologie du Centre intégré de cancérologie du CHU de Québec-Université Laval (CHU): état de situation actuel & perspectives d'avenir**. La cancérologie est un des programmes phares de notre établissement, notre centre de cancérologie est le plus grand de la province et se classe parmi les trois premiers au Canada. Le Centre intégré de cancérologie du CHU, en tant qu'entité clinique, regroupe toutes les activités d'oncologie dispensées dans nos cinq installations. L'ensemble des directions du CHU sont impliquées afin d'offrir des soins accessibles et de qualité, tant pour la clientèle de la Capitale-Nationale que pour celle de notre territoire de desserte du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL).

Le présent document recueille à la fois le fonctionnement actuel des services en cancérologie de notre établissement et décline nos grandes priorités d'avenir. Il a été réalisé à partir d'une démarche de consultation exhaustive auprès des répondants cliniques dans les différents secteurs d'activités (notamment imagerie, laboratoire, chirurgie, recherche, enseignement) ainsi qu'auprès de nos répondants médicaux et administratifs de chaque équipe spécialisée par siège tumoral. C'est plus de soixante (60) intervenants qui ont été rencontrés, incluant des patients partenaires. Cela a permis de dresser le portrait actuel des services que l'on offre à nos patients atteints par le cancer et à leurs proches. Cela a également permis de cerner les enjeux actuels et ainsi définir nos priorités d'action communes pour les prochaines années. Le tout a été analysé en cohérence avec les orientations prioritaires du programme québécois de cancérologie du MSSS ainsi que le plan d'établissement du CHU.

Cet exercice rigoureux qui a été entrepris au printemps 2023 nous a permis de mieux connaître l'ensemble de nos intervenants et nos services. Il nous a permis de collectivement réaffirmer l'importance de la cancérologie au sein de notre établissement. Ensemble, à travers ces échanges, ces liens que l'on a développés ou consolidés, nous nous sommes dotés d'une vision commune dans les soins et services que l'on veut offrir à notre population atteinte par le cancer :

Par la force de nos équipes et en partenariat avec les personnes touchées par le cancer, nous visons être le chef de file international par la qualité de nos pratiques innovantes, tant cliniques, scientifiques, pédagogiques que de gestion.

Nous en profitons pour remercier tous les professionnels impliqués dans les soins et services prodigués auprès des patients et familles touchés par le cancer. Ces intervenants accompagnent au quotidien nos patients avec rigueur et humanisme. Ils s'impliquent également dans les équipes spécialisées, leur contribution est essentielle pour faire vivre et faire évoluer le Programme de cancérologie du Centre intégré de cancérologie du CHU.



Maria Gabriela Ruiz Mangas
Directrice cancérologie



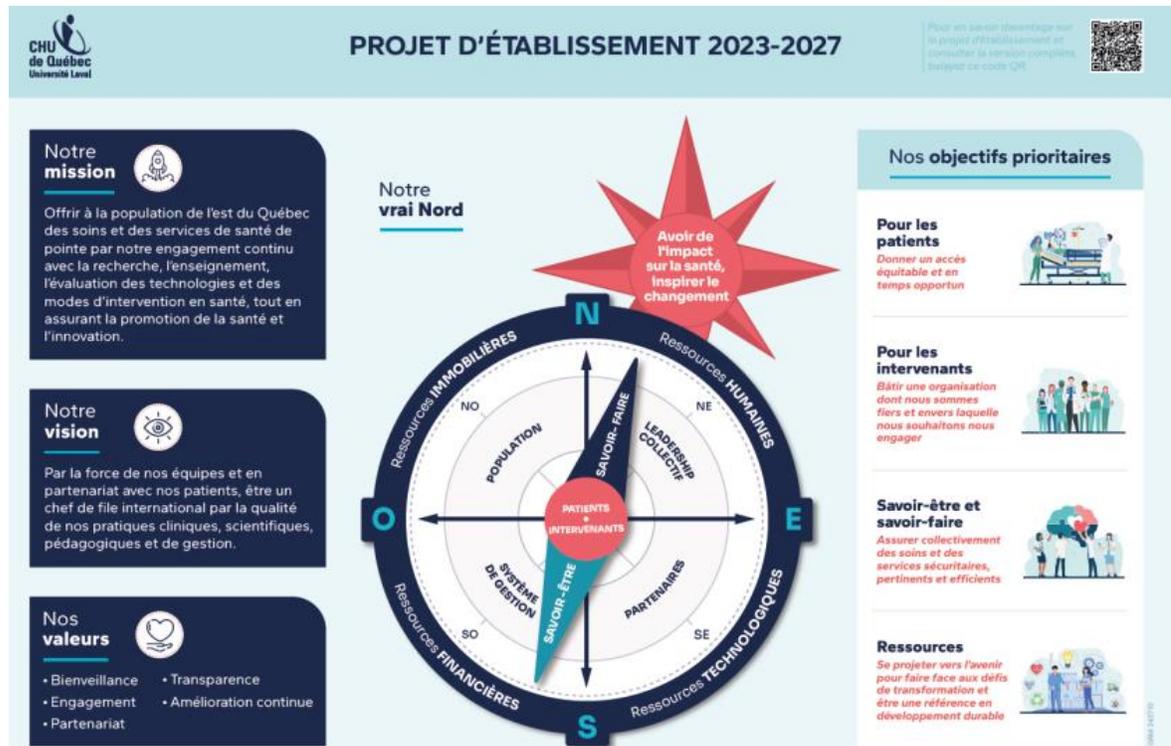
D^{re} Isabelle Germain
Co-gestionnaire médicale

1. MISE EN CONTEXTE

Le cancer est la première cause de mortalité au Canada : près de la moitié des Canadiens et Canadiennes recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie et la moitié en décédera (Société canadienne du cancer, 2024). Devant l'ampleur et l'impact de cette maladie autant pour l'individu atteint, que sa famille et la société, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est doté dès 1998 d'un programme québécois de lutte contre le cancer (Comité consultatif sur le cancer, 1997). Ce programme, maintenant appelé Programme québécois de cancérologie (PQC), a le mandat d'orienter, de coordonner et d'évaluer les actions déployées visant à diminuer le fardeau du cancer au Québec (MSSS, 2023). Afin de réussir cela, chaque établissement du réseau de la santé a la responsabilité de déployer un programme de cancérologie dont les priorités découlent des orientations ministérielles (Annexe 1 : Axes structurants et orientations prioritaires en cancérologie 2023-2030).

De son côté, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) a comme mission d'offrir à la population de l'est du Québec des soins et services de santé de pointe par l'engagement continu avec la recherche, l'enseignement, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, tout cela en assurant la promotion de la santé. Le projet d'établissement 2023-2027 vient réaffirmer cette mission ainsi que les orientations prioritaires qui guident les actions et les efforts collectifs.

FIGURE 1 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2023-2027 DU CHU



Afin de réaffirmer la programmation en cancérologie au sein du CHU, il était essentiel de réviser le Programme de cancérologie et son fonctionnement actuel. Pour cela, une démarche rigoureuse (Figure 2) a été entreprise afin de dresser le portrait de l'organisation de l'ensemble des services utilisés par les personnes touchées par le cancer (du dépistage jusqu'à la période de post-traitement) ainsi que de déterminer les priorités d'action et les orientations prioritaires pour 2024-2028, en fonction des besoins des usagers, des orientations ministérielles en cancérologie et du plan d'établissement du CHU. Tout cela a été réalisé en impliquant les parties prenantes (équipes médicales, gestionnaires et patients partenaires) dès le début de la révision du programme. Cela a permis de recueillir des données précieuses mais également de mieux comprendre et donner du sens aux données recueillies.

FIGURE 2 : MÉTHODOLOGIE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE



Cette démarche est cohérente avec les normes de gouvernance clinique de l'Organisation des normes en santé (Health Standards Organisation (HSO), 2023) qui mettent de l'avant les grands principes suivants :

- Concevoir des programmes et des services cliniques centrés sur la personne pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté ;
- Assurer la participation des parties prenantes dans les pratiques de gouvernance clinique de l'organisation ;
- Améliorer la qualité et la sécurité cliniques de façon continue.

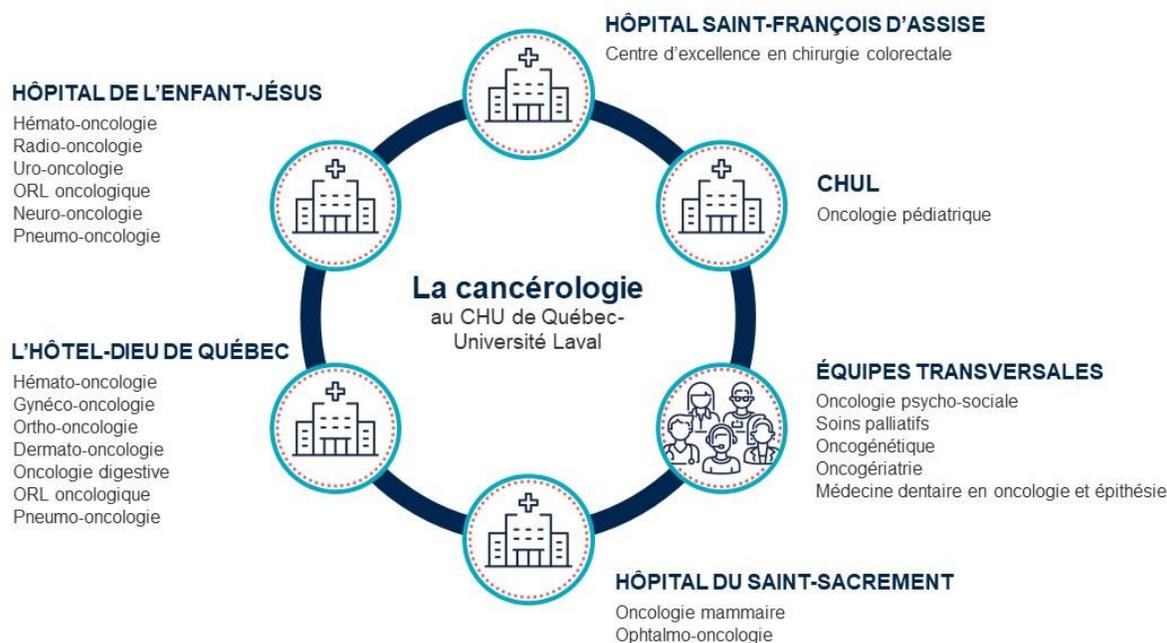
La cancérologie est un des programmes phares de notre établissement. Sous le leadership de la Direction cancérologie, le Programme de cancérologie du CHU est le plus important dans la province et offre des soins et services généraux, spécialisés et surspécialisés, et ce, dans tout le continuum des soins en oncologie. Des équipes interdisciplinaires d'experts soutiennent ces soins, tout en contribuant à la recherche et à l'enseignement. La population ainsi desservie inclut la région de la Capitale-Nationale, mais également tout le territoire de desserte du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUISSSUL) ainsi qu'une partie du Nouveau-Brunswick. Le Programme de cancérologie partage la mission, la vision et les valeurs du CHU. En effet, par la force de nos équipes en cancérologie et en partenariat avec les personnes touchées par le cancer, nous visons être chef de file international par la qualité de nos pratiques cliniques, scientifiques, pédagogiques et de gestion.

En un coup d’œil, le programme de cancérologie au CHU c’est :

- Le plus grand centre intégré de cancérologie au Québec, le troisième au Canada ;
- Une population desservie de près de 2.3 millions d’habitants, incluant la population de la Capitale-Nationale, de l’Est du Québec et du Nord-Est du Nouveau-Brunswick, pour des services spécialisés et surspécialisés ;
- 22 équipes spécialisées et surspécialisées organisées par sièges tumoraux ou thématiques particulières ;
- Plus de 1 000 intervenants de différentes professions et disciplines impliqués dans la trajectoire de soins en cancérologie ;
- 57 lits dédiés à l’oncologie (45 lits adultes et 12 lits pédiatriques), 96 fauteuils de traitement de chimiothérapie (86 fauteuils adulte et 10 cubicules pédiatriques), 11 appareils en radiothérapie, 3 suites de curiethérapie et 1 cyclotron ;
- Une contribution active aux missions d’enseignement, de recherche et de soins ;
- Le plus grand centre de recherche francophone en Amérique du Nord avec un axe dédié en oncologie regroupant plus de 200 chercheurs et leurs équipes, responsables de plus de 200 publications ciblées en cancérologie dans la dernière année.

1.1. L’organisation des soins en cancérologie au CHU

Le CHU constitue un véritable Centre intégré de cancérologie dispensant dans ses cinq installations des soins et services en cancérologie. En tant que centre d’excellence, il joue un rôle important dans l’offre de services surspécialisés à travers le réseau de cancérologie de la province. L’expertise de ses équipes et leurs activités de recherche et d’enseignement en font un centre de référence reconnu au Québec et au Canada. Les soins en cancérologie au CHU sont prodigués à travers l’ensemble de ses installations. Toutefois une proportion significative de cette activité est concentrée sur les unités de soins d’oncologie de L’Hôtel-Dieu de Québec (L’HDQ) et de l’Hôpital de l’Enfant-Jésus (HEJ) alors qu’une grande partie des activités ambulatoires se retrouve dans le bâtiment du Centre intégré de cancérologie de HEJ (CIC-HEJ) et au Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie (CRCEO). On retrouve aussi de l’activité hospitalière et ambulatoire au Centre des maladies du sein (CMS) de l’Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) ainsi qu’au Centre d’excellence en chirurgie colorectal de l’Hôpital Saint-François d’Assise (HSFA). La clientèle pédiatrique est quant à elle traitée à l’Unité d’hémato-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau du CHUL.

FIGURE 3 : RÉPARTITION DES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DU CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DU CHU

1.1.1. Activités hospitalières

Deux unités d'hospitalisation localisées à l'HEJ et L'HDQ sont dédiées à la clientèle oncologique adulte. Elles détiennent respectivement 23 lits et 22 lits. Elles reçoivent les personnes atteintes de cancer bénéficiant d'un traitement requérant une hospitalisation pour son administration (chimiothérapie, induction-consolidation dans le traitement de la leucémie aigüe, greffe de cellules souches, CAR-T, etc.) en plus d'accueillir des patients ayant des problématiques hématologiques et toutes autres personnes présentant des complications secondaires aux traitements. À cela s'ajoutent les lits recevant la clientèle de chirurgie oncologique dans les cinq installations du CHU. L'Unité d'hémato-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau, détenant 12 lits, accueille dans un contexte de milieu de vie les patients de 0-18 ans nécessitant des soins aigus.

Le tableau suivant illustre le nombre d'hospitalisations d'hémato-oncologie (HO) et de radio-oncologie (RO) par établissement par rapport au nombre total de patients hospitalisés dans le même établissement. À ces volumes, on doit additionner le nombre de patients hospitalisés à la suite d'une chirurgie oncologique.

**TABLEAU 1 : NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN HÉMATO-ONCOLOGIE (HO)
ET RADIO-ONCOLOGIE (RO) AU CHU**

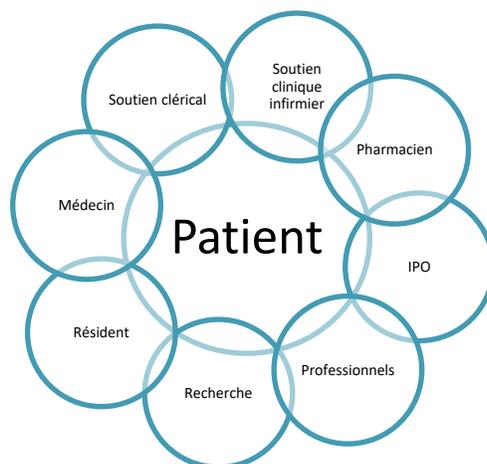
		2020-2021	2021-2022	2022-2023	Projections 2023-2024
HEJ	Nombre de patients hospitalisés en HO et RO	765 (6,7%)	821 (7,1%)	1 016 (8,4%)	1 060 (8,4%)
	Nombre total de patients hospitalisés	11 343	11 452	12 131	12 568
HDQ	Nombre de patients hospitalisés en HO et RO	1 161 (13%)	1 109 (12,4%)	964 (10,4%)	992 (11,3%)
	Nombre total de patients hospitalisés	8 887	8 983	9 291	8 766
CHUL pédiatrie	Nombre de patients hospitalisés en HO et RO	352 (1,77%)	383 (1,73%)	356 (1,58%)	419 (1,86%)
	Nombre total de patients hospitalisés	20 434	22 144	22 555	22 478

1.1.2. Activités ambulatoires

Les activités ambulatoires en oncologie sont quant à elles réparties principalement entre le CIC-HEJ et la clinique d'oncologie chirurgicale du CRCEO. Les secteurs d'expertise de cancer colorectal demeurent concentrés à l'HSFA tandis que l'HSS abrite le CMS et la clinique d'ophtalmo-oncologie. Le CHUL accueille la clientèle pédiatrique dans l'Unité d'héματο-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau, qui compte 10 civières. Il demeure toutefois des activités oncologiques générales à l'HEJ, à l'HSS au CHUL et à l'HSFA intégrées aux cliniques de chirurgies générales. Chaque année, les consultations ambulatoires (visites médicales) oncologiques au CHU représentent notamment:

- 48 000 visites en héματο-oncologie
- 20 100 visites en radio-oncologie
- 18 350 visites au CMS
- 14 000 visites en uro-oncologie
- 6700 visites en gynéco-oncologie
- 3300 visites en neuro-oncologie
- 7200 visites héματο-oncologie pédiatrique
- 1100 visites en soins palliatifs ambulatoires

Au CIC-HEJ, une approche par siège tumoral est privilégiée. Grâce à la construction récente, les espaces cliniques ont pu être imaginés et construits de façon à soutenir cette approche. Le patient se retrouve donc au centre des soins, entouré de tous les professionnels spécialisés dans son type de cancer. Nous retrouvons donc, par exemple, un secteur d'urologie oncologique qui regroupe le chirurgien urologue, l'héματο-oncologue, le radio-oncologue, les infirmières spécialisées, les professionnels tels que les nutritionnistes et les intervenants de recherche dans le même espace, plutôt que plusieurs secteurs séparés par spécialité médicale. Cela permet à toute l'équipe interdisciplinaire de travailler de concert auprès des patients présentant des pathologies semblables et ainsi, maximiser l'expertise et la collaboration.

FIGURE 4 : FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE PAR SIÈGE TUMORAL

1.1.3. L'interdisciplinarité au cœur de l'organisation

Les professionnels travaillant en cancérologie font partie d'équipes dédiées et spécialisées par siège tumoral. Le travail à l'intérieur de chacune de ces équipes s'organise en interdisciplinarité, afin d'offrir aux personnes atteintes de cancer et leurs proches, une prise en charge globale tout au long de leur trajectoire de soins. L'interdisciplinarité est au cœur de la philosophie du programme de cancérologie. En équipe interdisciplinaire, une prise en charge individualisée est établie pour chaque patient en conformité aux normes d'investigation et de traitement reconnues. Ces discussions sont réalisées via les rencontres des Comités du diagnostic et du traitement du cancer, appelés CDTC, auxquelles participent les différentes disciplines médicales ainsi que les professionnels impliqués.

TABLEAU 2 : LISTE DES CDTC SOUS LE LEADERSHIP DU CHU

Dermato-oncologie	ORL HDQ	Lymphome
Digestif	ORL HEJ	Musculo-squelettique
Digestif colorectal	Oto-neuro	Myélome
Gynéco-oncologie	Pédiatrie	Neuro-oncologie
Hépatobiliaire	Sein - local	Thyroïde
Hypophyse	Sein- régional	Uro-oncologie
Leucémie aigüe-greffe	Surrénales	Vertébrale spinale

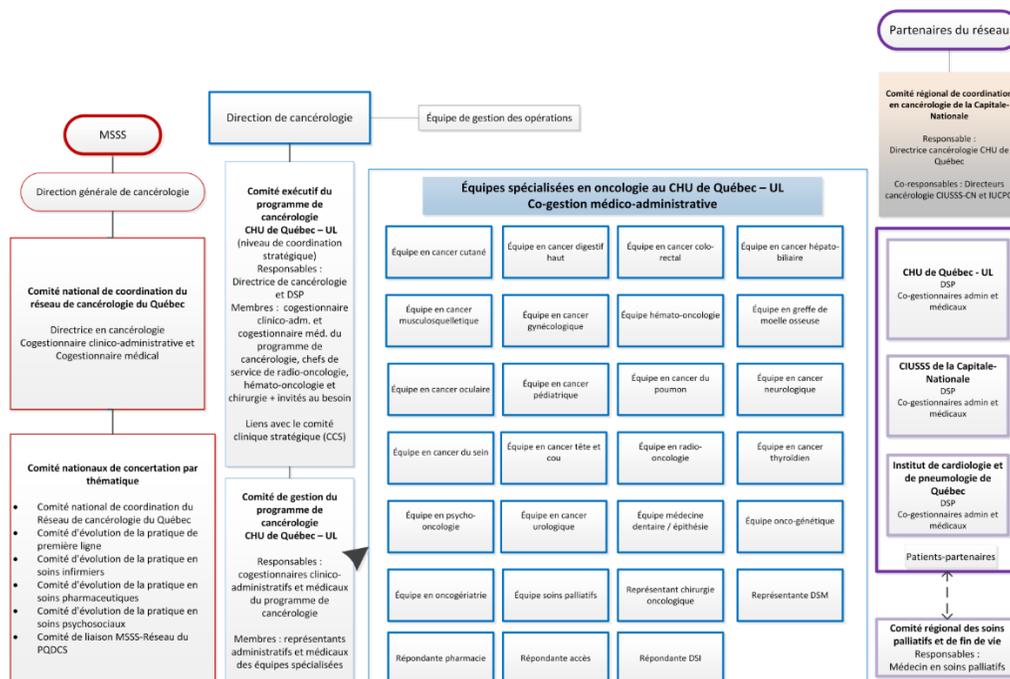
1.2. La gouverne du programme de cancérologie

Le programme de cancérologie a la responsabilité d’assurer une coordination et une concertation des activités en cancérologie. Cela est fait via une gouverne déjà bien établie dans l’établissement qui comprend un directeur du programme de cancérologie soutenu par une cogestion médicale et clinico-administrative. À l’instar de ce qui est demandé par le PQC, un comité de coordination (comité exécutif) et un comité de gestion sont présents et actifs depuis plusieurs années afin de faciliter les échanges d’information et la prise de décision. Chaque équipe spécialisée a un responsable administratif et un responsable médical identifiés qui siègent tous les deux au comité de gestion du programme de cancérologie.

L’organisation des soins et les processus à mettre en place pour la prise en charge de la clientèle atteinte de cancer comportent un volet transversal important, nécessitant une concertation et une collaboration étroite avec de nombreux autres services partenaires au CHU tels : l’imagerie, les laboratoires, la chirurgie et l’urgence. Actuellement, il n’y a pas d’espace formel de coordination dédié à la cancérologie au sein de notre établissement. Les suivis et les enjeux sont examinés au besoin.

Considérant la particularité de la Capitale-Nationale qui regroupe trois établissements distincts, un comité régional de coordination en cancérologie a été mis en place afin d’assurer une concertation des soins et services à l’échelle du territoire. Ce comité est sous le leadership du programme de cancérologie du CHU, et ce, tel que demandé par nos collaborateurs.

FIGURE 5 : STRUCTURE DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE DU CHU



La structure actuelle permet une cascade escalade des informations et des enjeux. Selon la situation, le tout est traité aux tribunes nationales, régionales ou locales. Le CHU participe activement à tous ces niveaux.

Le Programme de cancérologie a été précurseur dans l'établissement en mettant de l'avant le partenariat patient. Actuellement, on peut compter sur une banque de patients partenaires qui peuvent être interpellés pour divers projets et ateliers si nécessaire. De plus, il existe un comité régional de patients partenaires. Toutefois, les activités de ce dernier comité ont été moins fréquentes depuis la pandémie. Des travaux sont en cours afin de réviser le mandat et réactiver cette tribune.

Bien que des initiatives locales permettent la collecte de PROMS (*Patient-reported outcome measures*) et de PREMS (*Patient-reported experience measures*) au CHU, aucune collecte de mesures d'expérience déclarée par le patient n'est actuellement réalisée de façon systématique, standardisée, validée et continue en cancérologie au CHU.

1.3. Notre clientèle

Cette section présente les grandes lignes du portrait de la clientèle prise en charge au CHU pour des soins de cancer. Les données descriptives proviennent du Registre québécois du cancer (RQC) du CHU compilées par l'équipe de registraires dédiées au programme de cancérologie. Les données administratives proviennent quant à elles des systèmes utilisés au CHU notamment GIC, eRV, ADT et ARIA.

1.3.1. Nombre de patients oncologiques diagnostiqués ou traités au CHU

On estime que 14% des nouveaux cas de cancer au Québec ont été diagnostiqués ou ont reçu des traitements au CHU en 2021 (MSSS, 2024). Sur le territoire du RUISSSUL, cela représente 56% des nouveaux cas de cancer. Les données indiquent que près de 8 000 patients oncologiques ont été diagnostiqués ou traités au CHU en 2021 et 2022. De ce nombre, 67 jeunes de moins de 18 ans ont reçu un diagnostic de cancer par l'équipe d'oncologie pédiatrique du CHU en 2022.

1.3.2. Description de la clientèle selon la région de provenance

Le Programme de cancérologie du CHU offre des soins et des services généraux, spécialisés et subspecialisés à la clientèle de la région de la Capitale-Nationale, mais également à la clientèle répartie sur le territoire du RUISSSUL ainsi qu'une partie du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à certains soins de niveaux tertiaires et quaternaires. De plus, le CHU offre des services à la clientèle de la région de la Mauricie-Centre du Québec, et ce, particulièrement pour les cancers gynécologiques (12 % de la clientèle). On peut constater que la provenance de la clientèle dépend de la mission suprarégionale des équipes dédiées.

TABLEAU 3 : NOMBRE DE PATIENTS ADULTES DIAGNOSTIQUÉS OU TRAITÉS AU CHU SELON L'ANNÉE DE DIAGNOSTIC (DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE)*

Siège tumoral	2019	2020	2021	2022
Cancer urologique	1539	1447	1743	1579
Cancer du sein	1154	1014	1151	1200
Cancer colorectal	1004	783	982	929
Cancer hématologique	768	680	779	735
Cancer gynécologique	694	719	683	722
Cancer pulmonaire	749	643	728	634
Cancer cutané	545	454	500	480
Cancer neurologique	412	358	418	417
Cancer de la tête et cou	373	358	389	340
Cancer hépatobiliaire	365	308	331	307
Cancer digestif haut	237	202	272	259
Cancer de la thyroïde	210	171	223	223
Cancer musculosquelettique	74	67	81	62
Cancer oculaire	40	23	43	27
Primaire Inconnu	69	56	45	72
Total annuel	8233	7283	8368	7984

**Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.*

TABLEAU 4 : NOMBRE DE PATIENTS PÉDIATRIQUES (MOINS DE 18 ANS) DIAGNOSTIQUÉS OU TRAITÉS AU CHU SELON L'ANNÉE DE DIAGNOSTIC (DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE)*

Siège tumoral	2019	2020	2021	2022
Cancer hématologique	31	46	38	35
Cancer neurologique	17	21	21	18
Cancer musculosquelettique	8	6	6	3
Cancer urologique	4	6	7	1
Cancer de la thyroïde	2	6	4	3
Cancer hépatobiliaire	4		1	2
Cancer colorectal	2	2	1	1
Cancer cutané	1		2	2
Cancer de la tête et cou		2	2	1
Cancer oculaire		1	2	
Cancer digestif haut	1			
Primaire Inconnu				1
Poumon		1		
Sein			1	
Total annuel	70	90	85	67

*Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.

TABLEAU 5 : NOMBRE DE PATIENTS ADULTES DIAGNOSTIQUÉS OU TRAITÉS AU CHU SELON LEUR RÉGION ADMINISTRATIVE DE RÉSIDENCE (1ER JANVIER 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022)*

	Capitale-Nationale (03)	Chaudière-Appalaches (12)	Bas-Saint-Laurent (01)	Gaspésie - Les Îles (11)	Côte-Nord (09)	Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	Mauricie-Centre du Québec (04)	Autres régions	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Cancer urologique	1219 (77)	91(6)	62 (4)	23 (2)	63 (4)	24 (2)	68 (4)	29 (2)	1579
Cancer du sein	979 (82)	99 (8)	18 (2)	13 (1)	40 (3)	4 (0)	38 (3)	9 (1)	1200
Cancer colorectal	714 (77)	71 (8)	23 (2)	17 (3)	17 (2)	27 (3)	51 (5)	9 (1)	929
Cancer hématologique	546 (74)	85 (12)	27 (4)	17 (3)	12 (2)	28 (4)	13 (2)	7 (1)	735
Cancer gynécologique	389 (54)	124 (17)	61 (8)	21 (3)	25 (3)	5 (1)	92 (13)	5 (1)	722
Cancer pulmonaire	540 (85)	24 (4)	15 (2)	13 (2)	31 (5)	1 (0)	5 (1)	3 (0)	632
Cancer cutané	302 (63)	107 (22)	15 (3)	11 (3)	6 (1)	5 (1)	30 (6)	4 (1)	480
Cancer neurologique	216 (52)	93 (22)	46 (11)	26 (7)	13 (3)	6 (1)	9 (2)	8 (2)	417
Cancer de la tête et cou	199 (59)	36 (11)	24 (7)	16 (5)	13 (4)	15 (4)	29 (9)	8 (2)	340
Cancer hépatobiliaire	202 (66)	10 (3)	21 (7)	11 (4)	18 (6)	26 (8)	16 (5)	3 (1)	307
Cancer digestif haut	192 (74)	17 (7)	10 (4)	5 (3)	14 (5)	4 (2)	15 (6)	2 (1)	259
Cancer de la thyroïde	156 (70)	22 (10)	26 (12)	9 (4)	1 (0)	1 (0)	7 (3)	1 (0)	223
Cancer musculosquelettique	24 (39)	15 (24)	4 (6)	5 (8)	2 (3)	3 (5)	5 (8)	4 (6)	62
Cancer oculaire	12 (44)	4 (15)	1 (4)	2 (7)	1 (4)	2 (7)	3 (11)	2 (7)	27
Primaire Inconnu	59 (82)	6 (8)	1 (1)	2 (3)	2 (3)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	72
Total annuel	5943 (71)	804 (10)	354 (4)	191 (2)	258 (3)	164 (2)	382 (5)	95 (1)	7984

*Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.

TABLEAU 6 : NOMBRE DE PATIENTS PÉDIATRIQUES (0-18 ANS) DIAGNOSTIQUÉS OU TRAITÉS AU CHU SELON LA RÉGION ADMINISTRATIVE DE RÉSIDENCE (1ER JANVIER 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022)*

	Capitale Nationale (03)	Chaudière-Appalaches (12)	Bas-Saint-Laurent (01)	Gaspésie-Îles-de-la-Pointe (11)	Côte-Nord (09)	Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	Mauricie-Centre-du-Québec (04)	Autres régions	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Cancer hématologique	9 (26)	11 (31)	1 (3)	3 (9)	2 (6)	4 (11)	3 (9)	2 (6)	35
Cancer neurologique	5 (28)	2 (11)	5 (28)	3 (17)	1 (6)	1 (6)	1 (6)	0 (0)	18
Cancer musculosquelettique	2 (67)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)	3
Cancer de la thyroïde	2 (67)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3
Cancer cutané	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2
Cancer hépatobiliaire	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2
Cancer colorectal	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
Inconnu	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
Cancer de la tête et cou	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1
Cancer urologique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1
Total annuel	22 (33)	14 (21)	7 (10)	6 (9)	3 (5)	7 (10)	5 (8)	2 (1)	67

*Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.

1.3.3. Description de la clientèle en fonction de l'âge

Dans la région de la Capitale-Nationale, le poids démographique des 65 ans et plus ne cesse de croître, alors que celui des 0-19 ans recule : entre 2001 et 2021, l'âge moyen est passé de 39,8 ans à 44 ans. Les personnes âgées de 65 ans et plus seront beaucoup plus nombreuses d'ici 2036. Leur poids relatif aura progressé et parmi ce groupe, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans aura triplé.

Sachant que le cancer est influencé par l'âge, on prévoit donc une augmentation significative du nombre de cancers dans notre région, puisque la proportion de personnes vieillissantes ne cesse de s'accroître. Ainsi, il faut s'attendre à une hausse considérable des diagnostics de cancer et du nombre de personnes vivant avec la maladie. Cela entraînera donc inévitablement un impact et une pression accrue sur les services en oncologie offerts au CHU.

**TABLEAU 7 : DISTRIBUTION DE L'ÂGE EN FONCTION DES PRINCIPAUX SIÈGES TUMORAUX DES FEMMES
DIAGNOSTIQUÉES OU TRAITÉES AU CHU EN 2022***

	18 ans et moins	19 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Cancer du sein	0 (0)	63 (5)	122 (10)	221(19)	355 (30)	284(24)	148 (12)	1193
Cancer gynécologique	0 (0)	46 (6)	62 (9)	129 (18)	203 (28)	195 (27)	87(12)	722
Cancer colorectal	1 (0)	16 (4)	12(3)	58 (14)	118 (29)	114 (28)	87 (21)	406
Cancer hématologique	4 (4)	19 (6)	26 (8)	46 (14)	74 (23)	97 (31)	42 (13)	318
Cancer du poumon	0 (0)	1 (0)	3 (1)	38 (12)	116 (37)	118 (37)	41 (13)	317
Cancer neurologique	8 (4)	23 (10)	23 (10)	33 (15)	56(27)	59 (26)	25 (11)	227
Cancer urologique	1 (0)	1 (0)	9 (4)	23 (11)	68 (32)	76 (35)	37 (17)	215
Cancer cutané	1 (0)	24 (11)	19 (9)	30 (14)	50 (24)	58 (27)	30 (14)	212
Cancer de la thyroïde	2 (1)	47 (31)	22 (14)	29 (19)	24 (16)	16 (11)	12 (8)	152
Cancer hépatobiliaire	1 (1)	4 (3)	8 (7)	10 (9)	41 (35)	35 (30)	17 (15)	116
Cancer de la tête et du cou	0 (0)	6 (5)	6 (5)	20 (18)	29 (26)	27 (24)	23 (21)	111
Cancer digestif haut	0 (0)	4 (4)	7 (8)	6 (7)	26 (29)	32 (36)	14 (16)	89
Cancer musculosquelettique	3 (9)	7 (21)	3 (9)	6 (18)	7 (21)	5 (15)	3 (9)	34
Cancer oculaire	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (30)	3 (30)	1 (10)	3 (30)	10
Primaire inconnu	0 (0)	0 (0)	1 (2)	3 (7)	6 (13)	7 (16)	28 (62)	45
Total	31 (1)	261 (6)	323 (8)	655 (16)	1176 (28)	1124 (27)	597 (14)	4167

*Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.

**TABLEAU 8 : DISTRIBUTION DE L'ÂGE EN FONCTION DES PRINCIPAUX SIÈGES TUMORAUX DES HOMMES DIAGNOSTIQUÉS
OU TRAITÉS AU CHU EN 2022***

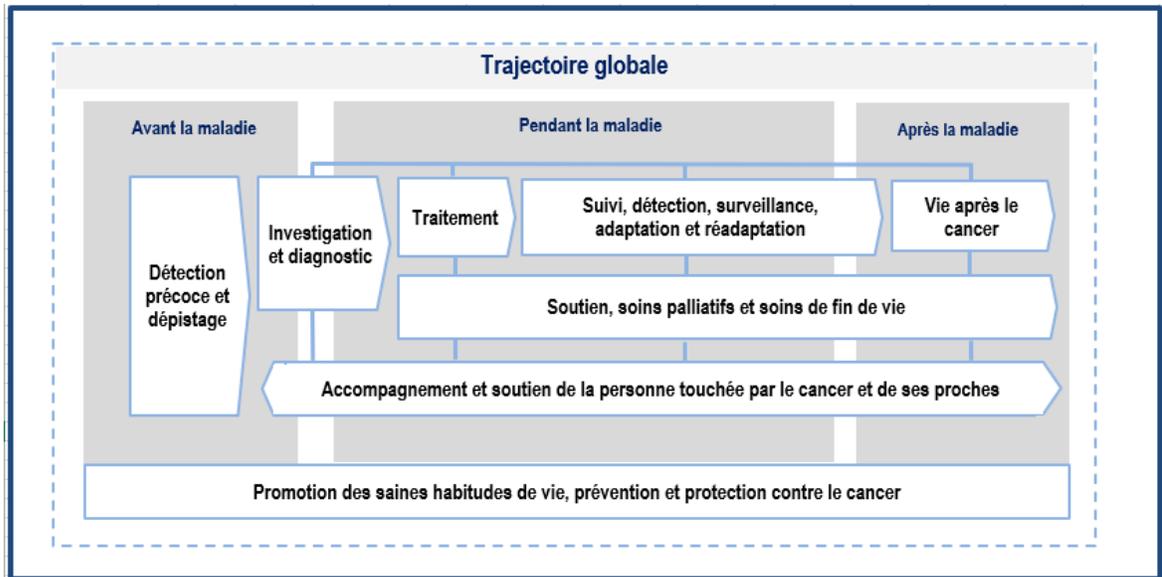
	18 ans et moins	19 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Cancer urologique	0 (0)	29 (2)	29 (2)	168 (12)	469 (34)	484 (35)	186 (14)	1365
Cancer colorectal	0 (0)	11 (2)	20 (4)	82 (16)	159 (30)	162 (31)	90 (17)	524
Cancer hématologique	21 (5)	23 (5)	15 (3)	46 (10)	138 (31)	141 (31)	68 (15)	452
Cancer du poumon	0 (0)	0 (0)	5 (2)	18 (6)	96 (31)	126 (40)	70 (22)	315
Cancer cutané	1 (0)	10 (4)	16 (6)	34 (13)	84 (31)	77 (29)	48 (18)	270
Cancer de la tête et du cou	1 (0)	6 (3)	11 (5)	44 (19)	87 (38)	57 (25)	24 (10)	230
Cancer neurologique	10 (5)	26 (13)	26 (13)	26 (13)	53 (25)	53 (26)	14 (7)	208
Cancer hépatobiliaire	1 (1)	3 (2)	10 (5)	20 (10)	52 (27)	73 (38)	34 (18)	193
Cancer digestif haut	0 (0)	1 (1)	7 (4)	21 (12)	41 (24)	66 (39)	34 (20)	170
Cancer de la thyroïde	1 (1)	9 (12)	5 (7)	13 (18)	24 (32)	20 (27)	2 (3)	74
Cancer musculosquelettique	0 (0)	3 (10)	2 (7)	2 (6)	11 (35)	9 (29)	4 (13)	31
Cancer oculaire	0 (0)	1 (6)	3 (18)	0 (0)	2 (12)	6 (35)	5 (29)	17
Cancer du sein	0 (0)	0 (0)	1 (14)	1 (14)	1 (14)	4 (57)	0 (0)	7
Primaire inconnu	1 (4)	1 (4)	2 (7)	1 (4)	7 (25)	8 (29)	8 (29)	28
Total	36 (1)	123 (3)	152 (4)	476 (12)	1224 (32)	1286 (33)	587 (15)	3884

*Les % ont été arrondis.; Données extraites de SARDO le 12 mars 2024.

2. ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU

La trajectoire de soins et de services en oncologie inclut les activités en prévention de la maladie, les activités tout au long de la trajectoire de soins actifs ainsi que les activités liées à la surveillance post-traitement du cancer. Afin de faire un état complet et détaillé des services offerts par le CHU, chaque portion de la trajectoire de soins est détaillée et discutée en suivant le continuum de soins défini par le PQC.

FIGURE 6 : CONTINUUM DE SOINS EN CANCÉROLOGIE (MSSS, 2023)



2.1. Détection précoce et dépistage

Le dépistage favorise la détection précoce du cancer chez les personnes qui ne présentent pas de symptômes. Le dépistage est reconnu pour améliorer la survie malgré le risque de résultats faux positifs causant des investigations inutiles et pouvant être associées à un effet délétère pour la personne non atteinte. Si un cancer survient, la détection précoce peut augmenter la probabilité de succès des traitements. Or, ce ne sont pas tous les cancers qui se prêtent au dépistage. À l'heure actuelle, les dépistages du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du poumon sont mis de l'avant. Les dépistages d'autres sièges tumoraux sont appelés à être développés selon l'évolution des connaissances au sujet de l'efficacité de telles mesures.

Actuellement au CHU, il y a des activités de dépistage pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col utérin. Ces activités de dépistage sont sous la gouverne de différentes directions et leur structure et niveau de déploiement sont différents d'un programme à l'autre. De plus, il n'y a pas de structure de vigie bien instaurée au sein de notre établissement pour faire la vigie de ces activités par le programme de cancérologie.

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est le premier programme déployé et est sous la responsabilité de la Direction cancérologie. Ce programme est bien implanté au CHU et est même cité comme modèle dans le réseau de cancérologie québécois. Le CHU est

responsable du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) et coordonne les activités du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) de la région. Sa proximité avec notre Centre des maladies du sein (CMS) permet une coordination plus fluide de cette trajectoire et un accès facilité aux professionnels. En 2022-2023, ce sont 21 700 mammographies de dépistage et 7551 mammographies hors PQDCS qui ont été réalisées dans les centres de dépistage désignés (CDD) de la région de la Capitale-Nationale.

Le CHU assure également des activités de dépistage colorectal depuis plusieurs années. Près de 90% du plateau technique de la région est au CHU. En effet, le CHU possède 13 des 15 salles d'endoscopie de la région de la Capitale-Nationale. Depuis février 2024, un programme structuré de dépistage est en déploiement dans l'ensemble de la province. Il est sous la gouverne de la Direction ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés au sein du CHU.

Le dépistage du cancer du col utérin se fait de façon opportuniste par le PAP test depuis de nombreuses années. En 2023, 15 513 PAP tests ont été analysés au CHU. Des travaux de transition vers le test VPH (Virus du Papillome Humain) comme test de dépistage de première intention sont en cours au MSSS. Le programme de dépistage s'adressera aux femmes de 25 à 65 ans et devra être déployé au CHU comme dans tous les établissements du réseau.

Le programme de démonstration du dépistage du cancer du poumon est en cours depuis juin 2021. Pour la Capitale-Nationale, c'est l'Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) qui est l'établissement pilote. Sous peu, le CHU aura l'obligation, comme les autres établissements du réseau, de déployer ce programme pour les clientèles admissibles.

À ces programmes de dépistage, s'ajoute le réseau d'oncogénétique de l'est du Québec (ROEQ) qui permet d'élaborer des recommandations et prises en charge des familles à haut risque dans le but de faire une détection précoce de différents types de cancer selon les prédispositions mises en évidence. Cela peut inclure des endoscopies digestives et divers examens en imagerie (IRM et TDM). Le CHU a mis sur pied ce réseau, le seul dans la province. Par contre, il demeure deux portes d'entrée aux services d'oncogénétique dans le CHU. Les actions sont en cours pour remédier à cela.

2.2. Investigation et diagnostic

La période d'investigation est une étape charnière dans le parcours d'un patient atteint de cancer. Cette période s'étend de la première suspicion de cancer, que ce soit par un examen anormal ou l'apparition de symptômes, jusqu'à la confirmation du diagnostic final qui permet l'établissement d'un plan de traitement. Cette période amenant un lot de stress important pour le patient et ses proches, des efforts sont faits afin qu'elle soit la plus courte, fluide et douce possible. Pour ce faire, en cohérence avec les orientations ministérielles reliées à l'investigation, des guichets spécialisés dans la période d'investigation pour certains sièges tumoraux traités au CHU ont été déployés. Ces guichets sont le point de chute central pour les patients traversant cette période et ils visent à permettre une évaluation du patient, une coordination des examens requis à l'investigation et une optimisation des délais entre la référence et le plan de traitement. Pour les nombreux patients dont le cancer est diagnostiqué dans les différents établissements de notre RUISSS mais référés au CHU pour une fin d'investigation et un plan de traitement, les guichets sont tout aussi pertinents car ils facilitent cette période de transition et assurent des délais optimaux et un meilleur accompagnement du patient.

ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU

Actuellement, l'offre de service en investigation du CHU est variable selon les sièges tumoraux. Certains guichets, en place depuis plusieurs années, sont des pionniers au Québec alors que d'autres secteurs n'ont aucune structure en place pour supporter ces activités. De plus les guichets déployés diffèrent quant aux professionnels attirés (infirmières, agentes administratives), dans l'étendue de leurs activités ainsi que dans les outils à leur disposition.

Les guichets structurés actuellement en place sont les suivants:

- Guichet d'investigation en chirurgie digestive oncologique de L'HDQ
- Guichets d'investigation en oncologie pulmonaire présents à L'HDQ, l'HEJ, l'HSFA et l'HSS
- Guichet d'oncologie musculo-squelettique à L'HDQ
- Guichet d'oncologie cutanée à L'HDQ
- Guichet d'oncologie urologique au CIC-HEJ

Il est démontré que ce type de guichet est bénéfique pour la clientèle et permet de diminuer les délais entre la suspicion et le premier traitement. Toutefois, l'accès aux plateaux techniques d'imagerie est un élément central dans le bon fonctionnement des guichets et constitue actuellement un enjeu majeur à l'atteinte des cibles ministérielles.

Tous les secteurs d'imagerie peuvent être sollicités dans un processus d'investigation du cancer: TACO, IRM, TEP, échographie, mammographie et biopsies sous guidage par imagerie. Certains de ces plateaux techniques, comme l'IRM, fonctionnent 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 et ne parviennent tout de même pas à répondre à la demande. Malgré une productivité importante (+ de 2580 examens d'imagerie diagnostique par jour) on compte encore plus de 25 000 demandes en attente de réalisation d'un examen d'imagerie diagnostique (CHU, 2024). En plus de la demande qui ne cesse d'augmenter au rythme de l'évolution de la science, la pénurie de technologues en imagerie médicale est préoccupante. Cette pénurie s'explique notamment par une diminution du nombre de diplômés dans cette profession, relative à la baisse des inscriptions au programme dans les dernières années.

En plus des examens d'imagerie, le processus d'investigation implique également plusieurs secteurs de l'endoscopie tels que la coloscopie, la colonoscopie, la cystoscopie et la gastroscopie.

Une autre facette importante de la période d'investigation est la capacité du service de pathologie de confirmer ou infirmer un diagnostic de cancer suite à une biopsie. Il en est de même pour la production du rapport de pathologie suite à une chirurgie oncologique. Le délai de réponse du service de pathologie est donc important, car plus il est réduit, plus le traitement du patient peut commencer rapidement. Actuellement, le temps de réponse moyen est de 14,6 jours ouvrables pour les chirurgies oncologiques (Tableau 9) et de 11,9 jours ouvrables pour l'ensemble des cas de biopsie (incluant les cas oncologique et non oncologique, Tableau 10). La cible du MSSS est de 12 jours ouvrables (pour les cas de chirurgie oncologique) et de 5 jours pour les biopsies sans technique et 7 jours pour les biopsies avec technique. La pénurie de ressources humaines, tant au niveau des pathologistes, des techniciens de laboratoire et du personnel administratif, augmente le délai de traitement.

Le CHU compte sur une équipe de pathologistes surspécialisés par siège tumoral. L'activité d'anatomopathologie est sous la gestion de la Direction OPTILAB Capitale-Nationale. Actuellement il n'existe aucune structure formelle mise en place entre la Direction OPTILAB Capitale-Nationale et le programme de cancérologie afin de suivre les délais pour obtenir les rapports de pathologie.

ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU

**TABLEAU 9 : NOMBRE DE CAS CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ANALYSÉS
ET TEMPS DE RÉPONSE MOYEN (2023-2024)**

CAS CHIRURGIE ONCOLOGIQUE 2023-2024	Nbre total de cas	Temps réponse moyen (Jours ouvrables)
Chirurgie Digestive	1009	15,4
Chirurgie du sein	1286	13,2
Chirurgie Gynécologique	679	14,7
Chirurgie Hématopoïèse/lymphatique	11	14,3
Chirurgie Musculo-squelettique	83	13,4
Chirurgie Neurologique	490	13,8
Chirurgie Ophtalmologique	21	13,3
Chirurgie ORL	664	15,0
Chirurgie Urologique	611	16,8
Chirurgie dermatologique	641	13,9
Chirurgie endocrinien	19	16,6
Total	5514	14,6

**TABLEAU 10 : NOMBRE DE CAS BIOPSIE (INCLUANT CAS ONCOLOGIQUES ET NON ONCOLOGIQUES)
ANALYSÉS ET TEMPS DE RÉPONSE MOYEN (2023-2024)**

CAS BIOPSIE (ONCOLOGIQUE OU NON) 2023-2024	Nbre total de cas	Temps réponse moyen (Jours ouvrable)
Hépatique	524	13,9
Prostatique	1751	11,0
Rénale	526	13,7
Dermatologique	19738	12,7
Digestif	21496	11,0
Gynécologique	12826	10,9
Hématologique	1119	15,5
Musculo-squelettique	386	11,0
ORL	2196	11,8
Pulmonaire	503	11,7
Urologique	1517	13,4
Sein	3782	7,6
Neurologique	37	13,8
Ophtalmologique	625	9,2
Total	67026	11,9

2.3. Traitements

L'arsenal thérapeutique est de plus en plus diversifié, spécialisé et personnalisé. Au CHU, les patients ont accès à toutes les modalités thérapeutiques à la fine pointe des avancées actuelles, que ce soit en chirurgie, en radio-oncologie, pour les traitements systémiques ainsi qu'en théranostique. Des algorithmes d'investigation et de traitements ont été développés par chacune des équipes spécialisées afin d'offrir aux patients une prise en charge selon les normes reconnues. Le profil moléculaire des tumeurs peut être analysé au besoin, pour mieux prioriser et ajuster les traitements en conséquence. Les cas complexes ou présentant des particularités sont présentés en CDTC, ce qui permet une discussion interdisciplinaire des différentes options, avec tous les spécialistes experts de ce siège tumoral. Un plan thérapeutique personnalisé est ainsi établi et il peut ensuite être présenté au patient afin qu'il puisse s'impliquer dans le choix de la prise en charge la plus appropriée pour lui. Pour soutenir ce processus décisionnel, les équipes peuvent faire appel au besoin à une évaluation en oncogériatrie pour la clientèle plus âgée ou porteuse de nombreuses comorbidités, afin de proposer ultimement une approche thérapeutique mieux adaptée à la personne.

2.3.1. Chirurgie

Au CHU, la majorité des chirurgies oncologiques sont réalisées par des chirurgiens oncologues dédiés à des sièges tumoraux, qui possèdent une expertise particulièrement développée dans l'évaluation et la réalisation de chirurgies oncologiques minimalement invasives, complexes ou novatrices. Pour les cas complexes, ils travaillent souvent en collaboration et peuvent avoir recours à d'autres spécialités chirurgicales telle que la chirurgie plastique, notamment pour les cas nécessitant une reconstruction. Ils sont également habilités à évaluer, traiter et assurer le suivi des patients atteints de cancer, à partir du diagnostic et tout au long du plan de traitement, en collaboration avec les autres membres de l'équipe médicale impliqués.

La chirurgie oncologique est offerte dans l'ensemble des différentes spécialités chirurgicales par des équipes surspécialisées dédiées à l'oncologie et bien reconnues au sein du RUISSSUL. De plus, le CHU offre des activités de chirurgie oncologique dans toutes ses installations. Les différentes installations ont cependant développé une certaine expertise dans certains types de chirurgie. Cette expertise se reflète chez le personnel soignant (infirmier du bloc, inhalothérapeute etc.) mais également dans l'équipement spécialisé. Par exemple, à L'HDQ, on retrouve principalement la gynécologie, l'urologie, l'ORL, l'orthopédie, le digestif haut, l'hépatobiliaire et la dermatologie. À HSS, on retrouve la chirurgie mammaire et l'ophtalmologie alors que l'HEJ accueille principalement la neurochirurgie et l'ORL. HSFA se spécialise surtout en colorectal et en urologie et la chirurgie oncologique pédiatrique est majoritairement concentrée au CHUL.

Le CHU a toujours offert un service en chirurgie thoracique pour l'oncologie pulmonaire et la chirurgie de métastases, à titre de centre affilié du réseau de cancérologie pulmonaire de l'Est du Québec. Il assure toutefois le transfert de la clientèle qui nécessite une expertise plus spécialisée vers l'IUCPQ, centre de référence en cancérologie pulmonaire. Actuellement, suite au départ à la retraite des 2 chirurgiens impliqués dans cette offre de service au CHU, la majorité des cas doivent être dirigés vers l'IUCPQ. Des démarches sont toutefois en cours pour consolider la chirurgie thoracique au CHU, en collaboration avec l'IUCPQ.

ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU

Les volumes importants en chirurgie oncologique, avec plus de 6300 interventions annuellement, font du CHU le centre qui réalise le plus de chirurgies oncologiques, soit 30% du total au Québec. Le CHU compte 43,6 salles de chirurgie, dont 2 équipées d'un robot chirurgical.

TABLEAU 11 : NOMBRE DE CHIRURGIES ONCOLOGIQUES RÉALISÉES PAR ÉTABLISSEMENT ET % RÉALISÉS EN MOINS DE 28 JOURS, ENTRE 29 ET 56 JOURS ET EN 57 JOURS ET PLUS

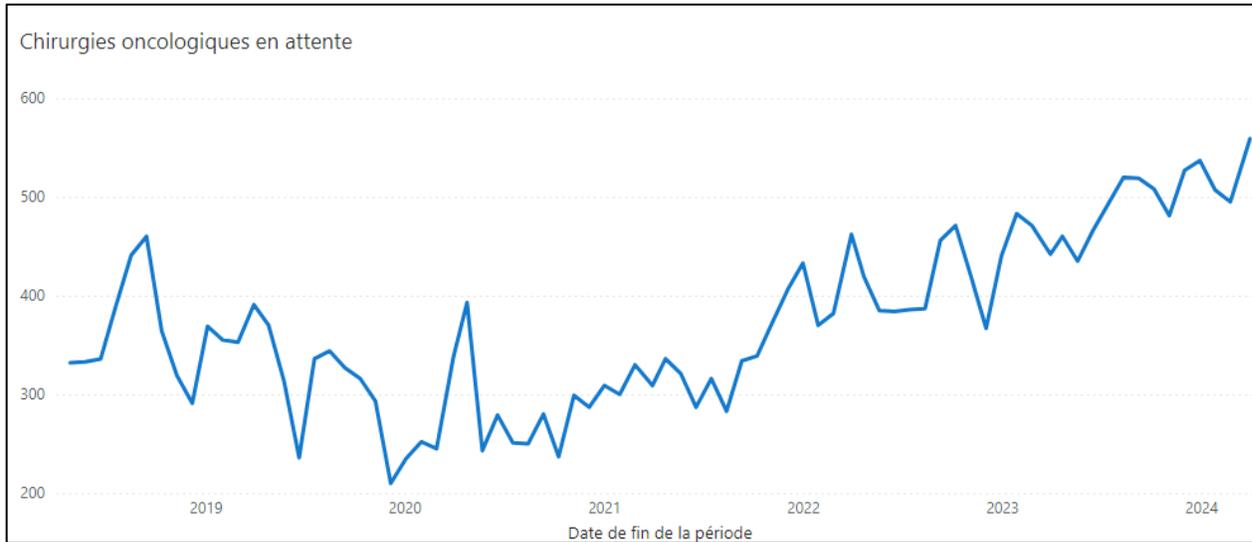
	2021-2022				2022-2023				2023-2024			
	Chirurgies réalisées (n)	% des chirurgies réalisées			Chirurgies réalisées (n)	% des chirurgies réalisées			Chirurgies réalisées (n)	% des chirurgies réalisées		
		Moins de 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus		Moins de 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus		Moins de 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus
HDQ	2950	76%	22%	2%	3101	69%	28%	3%	3167	54%	36%	10%
HSS	1524	84%	16%	0%	1642	84%	16%	0%	1559	79%	20%	1%
HSFA	920	90%	9%	1%	860	79%	21%	0%	852	80%	20%	0
HEJ	595	82%	17%	1%	676	85%	15%	0%	672	86%	13%	1%
CHUL	66	88%	12%	0%	60	83%	17%	0%	59	83%	17%	0%
CHU Toutes les installations	6055	81%	18%	1%	6339	76%	22%	2%	6309	67%	32%	1%

Comme le démontre le tableau ci-haut, le nombre de chirurgies oncologiques effectuées annuellement réussit à se maintenir, et ce malgré le manque des ressources à différents niveaux. Cela est rendu possible grâce aux multiples réorganisations réalisées ainsi qu'à la priorité donnée à la chirurgie oncologique dans notre établissement. L'accès au bloc opératoire demeure toutefois limité par la pénurie de personnel (infirmières et assistants opératoires) et le manque de ressources, équipements et instruments. L'accès aux lits d'hospitalisation est également un facteur limitant. Ainsi, 15% à 20% des salles d'opération du CHU sont fermées à certains moments. Malgré tout, les cas d'oncologie sont reconnus et traités comme étant prioritaires au sein du CHU. En effet, sur 16 909 cas de chirurgie en attente au total, on compte uniquement 495 cas d'oncologie (dont 99 de plus de 28 jours, et 37 cas en attente de plus de 56 jours, en date du 24 février 2024).

Malgré tous ces efforts, le nombre total de patients en attente d'une chirurgie oncologique au CHU a augmenté de façon significative au cours des dernières années, comme en témoigne la Figure 7 ci-dessous. Au cumulatif, à la fin de la période 13, on comptait pour 2022-2023 442 patients en attente d'une chirurgie oncologique, alors qu'on est maintenant à 559 au cumulatif à la fin de la période 13 pour 2023-2024. C'est à L'HDQ que le nombre de cas en attente est le plus élevé et que les délais sont les plus importants. Compte tenu de la spécialisation des équipes interdisciplinaires dans cette installation, tout comme les équipements et ressources spécifiques requis pour ces clientèles, le CHU ne peut répartir davantage ces chirurgies oncologiques dans ses 4 autres installations hors L'HDQ.

Un comité de vigie, sous la responsabilité de la Direction chirurgie et périopératoire et de la Direction médicale et des services professionnels, surveille de façon très étroite les délais et les cas en attente afin de revoir régulièrement la distribution et ajuster les priorités lorsque nécessaire. La direction responsable du programme de cancérologie est également dans la boucle au besoin pour les cas litigieux ou lors de périodes plus difficiles, notamment via le représentant médical de la chirurgie oncologique.

FIGURE 7 : CHIRURGIES ONCOLOGIQUES EN ATTENTE*



* Tdb_Chirurgies_oncologiques_PROD; Données à compter du 24-04-23 11 h 04 Filtré par Région-CIUSSS (est 03 - CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL), nom_complet (est 03 - Capitale-Nationale), Value4 (est Chirurgies oncologiques en attente)

TABLEAU 12 : NOMBRE DE CHIRURGIES ONCOLOGIQUES RÉALISÉES PAR SIÈGE TUMORAL ET % RÉALISÉS EN MOINS DE 28 JOURS, ENTRE 29 ET 56 JOURS ET EN 57 JOURS ET PLUS.

	2021-2022				2022-2023				2023-2024			
	Chirurgies réalisées (n)	% des chirurgies réalisées			Nombre de chirurgies réalisées	% des chirurgies réalisées			Chirurgies réalisées (n)	% des chirurgies réalisées		
		Total ≤ 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus		Total ≤ 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus		Total ≤ 28 jours	Entre 29 et 56 jours	57 jours et plus
Urologique	1539	72%	25%	3%	1462	57%	37%	6%	1601	52%	33%	15%
Sein	1199	85%	15%	0%	1284	85%	15%	0%	1196	81%	19%	0%
Colorectal	577	86%	14%	0%	670	80%	20%	0%	617	80%	20%	0%
Hématologique	55	87%	13%	0%	30	97%	0%	3%	41	85%	15%	0%
Gynécologique	756	81%	19%	0%	736	82%	18%	0%	687	54%	40%	6%
Poumon	88	90%	10%	0%	28	96%	4%	0%	19	89%	11%	0%
Cutané	403	83%	17%	0%	581	82%	18%	0%	647	70%	28%	2%
Neurologique	234	96%	4%	0%	239	96%	4%	0%	241	98%	2%	0%
Tête et cou	442	78%	22%	0%	449	75%	25%	0%	426	66%	32%	2%
Hépatobiliaire	222	88%	12%	0%	286	73%	26%	1%	294	62%	36%	2%
Digestif haut	110	88%	12%	0%	130	72%	27%	1%	110	70%	28%	2%
Thyroïde	236	80%	20%	0%	275	73%	26%	1%	231	60%	38%	2%
Musculosquelettique	98	95%	5%	0%	93	90%	9%	1%	89	89%	11%	0%
Oculaire	41	51%	49%	0%	45	76%	24%	0%	61	84%	13%	3%
Primaire inconnu	2	50%	50%	0%	1	100%	0%	0%	2	50%	50%	0%
Site mal défini	53	75%	25%	0%	30	73%	27%	0%	47	81%	17%	2%
Total	6055	81%	18%	1%	6339	76%	22%	2%	6309	67%	32%	1%

Actuellement, les cibles nationales ne tiennent pas compte de l'urgence de réaliser une chirurgie oncologique et ne tiennent pas compte du type de cancer et de son agressivité. Ceci peut entraîner un impact significatif sur le stade de la maladie, le pronostic de survie et l'importance des séquelles chirurgicales (MSSS, 2023). Au CHU, on tente toutefois de prioriser les cas les plus urgents, mais comme en témoignent les données ci-dessous, il demeure difficile de les prioriser tous en moins de 28 jours. On remarque même une détérioration pour certains sièges tumoraux, notamment en ORL, en gynécologie et en chirurgie hépatobiliaire.

2.3.2. Radiothérapie

Les activités de radiothérapie du CHU se déroulent entièrement au CIC-HEJ depuis l'ouverture de ce nouveau bâtiment en mai 2022. L'offre de service tient compte du développement régional des autres établissements du RUISSSUL en proposant un modèle de collaboration interrégionale et inter établissement qui vise à soutenir les équipes des différents établissements afin que les personnes atteintes de cancer soient traitées à proximité de leur milieu de vie. Le service de radio-oncologie du CHU offre des services spécialisés en cancérologie, non seulement à la population de la région de la Capitale-Nationale, mais aussi à celle des autres territoires du RUISSSUL. Bien que 3 autres services de radio-oncologie sont accessibles à la population du RUISSSUL, notamment le Centre Régional Intégré de Cancérologie (CRIC) de Lévis, l'hôpital régional de Rimouski du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent et l'Hôpital de Chicoutimi du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les traitements plus complexes et les cas spéciaux sont dirigés vers le CHU étant donné son expertise et sa mission suprarégionale. De plus, le service de radio-oncologie du CHU est le centre de référence pour les traitements pédiatriques et les sarcomes des tissus mous pour la population de la région de Québec et de l'Est-du-Québec. L'équipe de radio-oncologie a également développé une technique innovante pour l'irradiation corporelle totale souvent employée en préparation à la greffe de cellules souches. Pour réaliser et maintenir ces offres de services, on compte sur une équipe interdisciplinaire hautement qualifiée composée notamment de radio-oncologues, de médecins, de technologues et d'infirmières ainsi que d'une équipe interdisciplinaire et de soutien. Ces équipes travaillent en étroite collaboration avec les équipes d'anesthésiologie, d'inhalothérapie et de salle de réveil pour le fonctionnement du secteur de curiethérapie ainsi que dans le cadre de traitements pédiatriques sous anesthésie.

La construction du CIC-HEJ a permis de rehausser le plateau technique du secteur de la planification, de celui de la téléthérapie et de la curiethérapie. Un appareil IRM de planification et un appareil TEP-CT ont été ajoutés aux deux TDM de planification à même le service de radiothérapie. Ces ajouts majeurs au parc d'équipement permettent une planification des traitements optimale à partir de la fusion d'images issues de ces différentes modalités. Le service compte désormais sept accélérateurs standards, deux accélérateurs spécialisés en radiochirurgie/stéréotaxie et un appareil d'orthovoltage. De plus, à compter de septembre 2024, l'offre de service de téléthérapie sera bonifiée par un appareil de radiothérapie adaptative IRM-Linac. Cet accélérateur linéaire, couplé à une IRM, permet d'adapter le traitement quotidiennement à partir des images IRM acquises avant chaque traitement. Premier centre à se doter d'un appareil de ce type au Québec, le CHU s'est vu confier le mandat d'évaluer cette technologie afin de définir les indications pouvant prioritairement bénéficier de ce type de technologie.

Tous les traitements complexes de curiethérapie sont actuellement offerts au CHU. Depuis l'ouverture du CIC-HEJ, l'équipe a accès à une unité complète de curiethérapie. Le secteur compte

ÉTAT ACTUEL DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE AU CHU

trois salles d'intervention, dont une salle aménagée avec un TDM sur rail et une salle avec un appareil d'IRM. Chacune de ces salles est équipée pour des interventions sous anesthésie.

En termes de volumétrie, le CHU est le deuxième centre traitant le plus de patients de radiothérapie au Québec, tout de suite après le CHUM, avec près de 12 % de tous les patients traités au Québec. En 2023-2024, c'est 3794 mises en traitements* qui ont été réalisées en radio-oncologie. Au CHU, 95% des traitements sont dispensés dans les 4 semaines recommandées par le MSSS.

TABLEAU 13 : NOMBRE DE MISES EN TRAITEMENT* EN RADIO-ONCOLOGIE

	2020-2021	2021-2022	Écart	2022-2023	Écart	2023-2024	Écart
Téléthérapie	2347	2586	8,3%	2754	6,5%	2790	1,3%
Stéréotaxie crânienne	242	229	-5,4%	212	-7,4%	200	-6%
Stéréotaxie extra crânienne	225	341	51,6%	377	10,6	475	26%
Curiethérapie							
seule	142	123	-13,4%	104	-15,4%	146	40,4%
complément	182	241	32,4%	158	-34,4%	183	15,8%
Total	3178	3520	10,7%	3605	2,4%	3794	5,2%

* La mise en traitement est l'unité de mesure la plus précise en radio-oncologie. De façon générale, une mise en traitement équivaut à un patient. Toutefois, il arrive que certains patients comptabilisent plus d'une mise en traitement, particulièrement dans le cas de traitements de métastases et de certains patients de curiethérapie.

Depuis avril 2019, le CRIC de Chaudières-Appalaches offre des traitements de radiothérapie à la clientèle de la région administrative 12. La prise en charge de cette clientèle, auparavant traitée au CHU, a donc graduellement basculé vers ce centre, permettant aux patients d'avoir accès à ce type de traitements à proximité de leur lieu de résidence.

2.3.3. Agents anticancéreux

Au CHU, les hémato-oncologues et plusieurs chirurgiens oncologues prescrivent des traitements systémiques. Des soins de chimiothérapie ambulatoire sont disponibles dans trois sites différents soit au CIC-HEJ, au CMS de HSS et à l'Unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau du CHUL pour l'oncopédiatrie. Ces services sont offerts par une équipe interdisciplinaire composée principalement de médecins spécialistes, d'infirmières, de pharmaciens ainsi que d'une équipe interdisciplinaire et de soutien qui travaillent en étroite collaboration. Pour la clientèle de certaines régions, les traitements systémiques peuvent aussi être administrés dans leur hôpital de proximité, sous supervision active de l'équipe traitante du CHU.

Au total, le CHU compte près de 100 fauteuils/civière répartis sur les trois sites et servant aux traitements systémiques.

TABLEAU 14 : NOMBRE DE FAUTEUILS/CIVIÈRES SELON LES SITES

	Site	Nombres de fauteuils/civière
CIC	HEJ	70 (dont 5 pour aphérèse)
CMS	HSS	16
Unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles Bruneau	CHUL	10

De plus, comme mentionné, les deux unités d’hospitalisation localisées à l’HEJ et L’HDQ dédiées à la clientèle d’oncologie permettent de recevoir les personnes atteintes de cancer nécessitant une hospitalisation. L’admission peut être nécessaire pour l’administration de traitements systémiques (induction-consolidation dans le traitement de la leucémie, autogreffe et allogreffe de cellules souches, CAR-T, etc.) ou pour la gestion de symptômes et de complications découlant des traitements oncologiques. Les traitements pour la clientèle pédiatrique sont donnés dans l’Unité d’hémato-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau, qui dispense à la fois les traitements en ambulatoire et en hospitalisation.

Pour la clientèle pédiatrique, en 2023-2024, 4 900 traitements de chimiothérapie ont été administrés en ambulatoire et 5 650 traitements en hospitalisation (premier traitements et traitements subséquents). Pour la clientèle adulte, c’est 32 496 traitements en ambulatoire et 822 premier traitements en hospitalisation qui ont été réalisés. Au CHU, 85% des traitements pour la clientèle adulte sont dispensés dans les 28 jours recommandés par le MSSS avec un délai moyen de 18,3 jours.

Le service d’hémato-oncologie du CHU offre des traitements de greffe de cellules souches autologues et allogéniques. Programme accrédité par la *Foundation for Accreditation of Cellular Therapy (FACT)*, le CHU est actuellement le plus grand centre greffeur au Québec et parmi les 5 plus importants au Canada et Nord-Est des États-Unis. Il a été le deuxième centre désigné de la province pour le traitement de thérapie cellulaire CAR-T après HMR, réseau auquel se sont joints le CUSM et le CHU Sainte-Justine. Pour cela, six appareils permettant à la fois les traitements d’aphérèse/photophrèse et les collectes de cellules souches préalables aux greffes sont disponibles.

TABLEAU 15 : VOLUMES DE GREFFES RÉALISÉES DANS LES PRINCIPAUX CENTRES GREFFEURS DU QUÉBEC

	2020-21			2021-22			2022-23			2023-24		
	Auto	Allo	CAR-T									
CHU	123	61	5	115	84	13	164	47	26	140	60	30
HMR	46	102	23	22	77	31	81	83	40	67	93	20*
CUSM	30	56	N/A	42	20	0	37	37	22	29	41	22

**Donnée provisoire présentée lors de la Journée québécoise de l’allogreffe (mai 2024)*

De façon historique, les greffes de cellules souches sont faites en unité de soins. Depuis un peu plus d’un an, l’équipe d’hémato-oncologie du CHU a déployé une trajectoire ambulatoire pour les patients atteints de myélomes multiples requérant une autogreffe. Ces patients peuvent, dans un contexte bien défini, recevoir ce type de traitement en partie ou en totalité en ambulatoire au CIC-HEJ. Le patient sera admis au besoin sur l’une des deux unités de soins au moment de l’apparition de symptômes requérant les soins de l’unité spécialisée. Cette trajectoire sera aussi offerte à compter de septembre 2024 à une portion de la clientèle de CAR-T.

2.3.4. Service d’intervention rapide en oncologie (SIRO)

L’ouverture du CIC-HEJ a permis de dédier des espaces physiques à la gestion des urgences oncologiques afin de permettre au patient d’être pris en charge par son équipe dans un lieu

sécuritaire. C'est six civières qui sont actuellement dédiées pour cela, en plus d'un bureau de consultation en proximité. Pour le moment, ce service est offert suite à une évaluation par une infirmière au préalable. Il n'y pas de prise en charge sans rendez-vous. Le service est offert de jour seulement. Le même service est disponible en oncologie pédiatrique. Une civière en ambulatoire est disponible en permanence pour les urgences oncologiques.

2.3.5. Théranostique

Au CHU, le programme théranostique s'est élargi et a ouvert de nouvelles voies de diagnostic et de traitement personnalisées pour les patients atteints de cancer. La théranostique est une méthode utilisant des médicaments radioactifs capables de cibler directement les cellules cancéreuses, ce qui permet à la fois de diagnostiquer et traiter en même temps. Le nouveau laboratoire des sciences radiopharmaceutiques, avec l'acquisition récente d'un accélérateur de particules (cyclotron), ouvre des nouvelles possibilités. Une équipe interdisciplinaire incluant des radiochimistes, des nucléistes et des technologues en médecine nucléaire travaillera en étroite collaboration pour développer, produire, administrer et traiter les patients avec des radiopharmaceutiques innovants, respectant les normes de qualité les plus élevées au pays. De plus, à la fin de l'année 2024, un premier pharmacien formé en pharmacie nucléaire terminera une formation de troisième cycle et se joindra à l'équipe du CHU afin de prodiguer des soins pharmaceutiques spécialisés pour les patients en théranostique.

Au total, en 2023-2024, plus de 115 patients ont bénéficié de ces traitements, sans compter le nombre de patients ayant subi des examens d'imagerie en médecine nucléaire. Actuellement, le CHU mène toutes ces activités du programme théranostique dans un laboratoire de plus petite envergure à L'HDQ. Cependant, le laboratoire des sciences radiopharmaceutiques et son accélérateur de particules (cyclotron) de dernière génération, récemment installés au CIC-HEJ, donneront la possibilité de produire localement des radiopharmaceutiques, ce qui permettra d'accroître le nombre de patients bénéficiant de diagnostics et de traitements innovants.

2.4. Accompagnement et soutien de la personne touchée par le cancer et ses proches

Le cancer a un impact énorme sur l'individu, sa famille et ses proches. Au-delà du traitement, il est important d'accompagner ces derniers dans cet épisode de vie. Au CHU, des équipes et des professionnels de diverses disciplines tiennent compte des besoins biopsychosociaux de l'individu. Ces équipes s'assurent également de permettre au patient de jouer un rôle actif dans son épisode de soins.

Au CHU des infirmières pivots spécialisées par siège tumoral sont dédiées pour soutenir et accompagner la clientèle oncologique. Présentes dans toutes les installations du CHU, elles sont accessibles pour tous les patients qui ont un nouveau diagnostic. Cela est possible puisque l'organisation du travail repose sur un suivi partagé. Pour tous les patients pédiatriques et pour les patients adultes qui nécessitent un suivi plus étroit, une infirmière pivot en oncologie (IPO) leur est attirée. Ces IPO effectuent les liens avec les professionnels de la communauté et des autres régions. Elles sont des ressources autant pour les patients que pour les professionnels. Le rôle de l'IPO demeure en évolution et doit s'adapter selon les nouvelles pressions exercées par les besoins changeants des personnes atteintes de cancer, des équipes de soins et des organisations.

Les patients sont aussi appuyés par des professionnels offrant des services tout au long de la trajectoire de soins tels que nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, sexologue, psychologue, travailleur social et intervenant spirituel. Certaines équipes par siège tumoral bénéficient de professionnels dédiés ayant une expertise spécialisée dans les besoins de ces clientèles.

Pour répondre aux besoins multiples des personnes touchées par le cancer, le CHU dispose d'une offre de service qui met de l'avant le partenariat entre le patient et ses proches, les intervenants du réseau, les équipes de première ligne et les organismes communautaires. Ce partenariat permet d'apporter des réponses ajustées et complémentaires aux besoins biopsychosociaux des patients. Voici quelques-unes des stratégies proposées au CHU :

- L'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle (OPSS) du CHU regroupe plusieurs professionnels (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, intervenants en soins spirituels et infirmiers spécialisés (IPS)). L'équipe de l'OPSS est reconnue pour son expertise, soit la compréhension et le traitement des aspects sociaux, psychologiques, sexologiques, émotionnels et spirituels du cancer. L'offre de service suprarégionale est disponible en ambulatoire et en milieu hospitalier.
- L'outil de dépistage de la détresse (ODD) est l'outil standardisé pour la clientèle adulte recommandé par le PQC et le Partenariat canadien contre le cancer. Introduit dans les équipes à partir de 2009, le CHU est pionnier dans l'implantation de cette pratique au Québec. L'outil est implanté dans l'ensemble des secteurs. Cependant, depuis la pandémie, l'utilisation de l'ODD est devenue moins systématique.
- La médecine dentaire en oncologie et l'épithésie sont des services de niveau quaternaire, dédiés à répondre aux besoins des patients qui vivent avec des séquelles à la suite du traitement de leur cancer. La clinique d'épithésie assure plusieurs services de prothèses faciales et innove continuellement pour répondre à plusieurs besoins et pathologies rares. Les professionnels de dentisterie et de l'épithésie sont en nombre restreint et il n'existe pas de formation spécifique pour ce genre de travail.
- Le service de bénévolat du CHU déploie des bénévoles dans tous les milieux. Des bénévoles dédiés en oncologie font partie intégrante des services offerts. Ils soutiennent les patients de façon active et travaillent de concert avec les cliniciens pour répondre aux besoins des patients tout au long de la trajectoire.
- Le service de référence et d'information en oncologie (SRIO), situé au CIC-HEJ, permet d'orienter les usagers dans leurs recherches d'information en lien avec le cancer et les ressources communautaires disponibles dans les différentes régions. Des activités y sont aussi organisées comme « Belle et bien dans sa peau » et « Couleurs en harmonie ». Des parures de tête et des prothèses mammaires temporaires y sont aussi disponibles.
- Le CHU est également un pionnier dans l'intégration de patients accompagnateurs aux équipes en oncologie (ORL, oncogénétique, sarcome). L'intégration de patients accompagnateurs est une pratique de plus en plus répandue qui améliore l'expérience de soins des patients par l'apport du savoir expérientiel. Le CHU collabore par ailleurs depuis de nombreuses années au projet provincial PAROLE-Onco.

- La pédiatrie bénéficie des mêmes équipes interdisciplinaires qu'à l'adulte. Cependant, un partenariat avec LEUCAN permet de financer la recherche clinique, de fournir un accompagnement personnalisé aux familles et de fournir les services d'une éducatrice-accompagnatrice aux services ambulatoires et des soins de massothérapie. Les employés de LEUCAN travaillent directement sur l'unité de soins et sont intégrés dans notre offre de service.
- Plusieurs ressources communautaires offrent des soins et services complémentaires à la clientèle en oncologie. Le CHU déploie actuellement des stratégies afin d'optimiser la collaboration avec les différents organismes. La Fondation québécoise du Cancer en partenariat avec le CHU a mis à la disposition de la clientèle un service d'hôtellerie : l'Hôtellerie de Québec. Située à quelques pas du CIC-HEJ, elle accueille des centaines d'usagers par année afin qu'ils puissent séjourner près de leur lieu de traitement ou d'investigation à un coût très abordable. Ce lieu permet d'accueillir 80 personnes en plus d'avoir six unités dédiées à la clientèle de greffe de cellules souches (gérée via la Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'est du Québec). Pour la clientèle pédiatrique accompagnée de leurs proches et leurs parents, l'offre de service d'hébergement est offerte en collaboration avec le Manoir Ronald McDonald qui est situé à proximité du CHUL.

2.5. Suivi, surveillance et vie après le cancer

Bien que la période de traitement en soit une très chargée pour les patients, la période qui succède, celle des suivis, peut parfois l'être tout autant. En effet, l'épisode de soins du patient ne se termine pas lors de son dernier traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie. Dans les mois qui suivent, souvent même les années, les patients continuent d'être suivis par l'équipe traitante. Le plus souvent, des examens d'imagerie seront réalisés pour s'assurer que l'évolution demeure favorable et le patient sera revu par le médecin à intervalles réguliers. Selon le type de cancer, les suivis peuvent être systématiques ou au besoin.

Tout au long de la période de suivi et même après la guérison, le patient demeure attiré à une IPO (infirmière-pivot en oncologie). Celle-ci reste disponible pour répondre à ses questions, évaluer ses symptômes, si ceux-ci réapparaissent, et faire les références nécessaires aux services reliés à la période de survivance. Ce rôle primordial agit comme filet de sécurité auprès de la clientèle qui ne rencontre plus l'équipe traitante aussi souvent que durant la période intensive de traitements.

Comme le CHU dessert une clientèle de troisième ligne provenant de plusieurs régions administratives de l'est du Québec, il est fréquent que le patient soit transféré dans le centre référent de sa région pour la portion "suivi" de son épisode de soins. Parfois, le patient reviendra à Québec pour certains examens spécifiques, mais sera suivi par le médecin de sa région. Cette façon de faire est bien entendu la meilleure pour éviter des déplacements inutiles au patient, mais peut entraîner quelques défis pour la continuité du suivi.

Il est important de noter que, étant donné l'évolution de la science, le taux de mortalité de certains cancers a grandement diminué au cours des dernières années. Dans ce contexte, cela implique une augmentation fulgurante des patients en suivi post-traitement pour un cancer. Cette portion de la clientèle met une pression importante sur les équipes traitantes et entraîne des enjeux d'accès de

plus en plus importants. Certaines équipes peuvent compter sur des IPS, qui suivent une cohorte de patients, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux visites de contrôle.

Lorsque les patients sont guéris de leur cancer, on dit qu'ils sont dans la portion "survivance" de leur épisode de soins. Malheureusement, bien que les besoins des patients soient grands durant cette période (choc post-traumatique, présence de certains symptômes ou séquelles à long terme, retour au travail, transformation complète de la vision de la vie, etc.), peu de services bien structurés sont mis à leur disposition. Certains intervenants du CHU contribuent à des initiatives d'organismes communautaires ou de services de première ligne mais peu de services sont donnés directement dans notre établissement.

Au cours de l'année 2024, nous déploierons une clinique de survivance pour les patients ayant été atteint d'un cancer pédiatrique qui sont maintenant à l'âge adulte. Cette clinique permettra de leur offrir des services adaptés à leur réalité particulière tout en adaptant l'approche à leur âge.

2.6. Soins palliatifs et soins de fin de vie

Les patients ont accès à des soins palliatifs en ambulatoire et sur les unités de soins. Pour le moment, on compte 33 lits dédiés aux soins palliatifs dans le CHU :

TABLEAU 16 : NOMBRE DE LITS DE SOINS PALLIATIFS

Sites	Nombre de lits	Sites	Nombre de lits
HDQ	8	HSFA	8
HEJ	9	HSS	8

Des travaux sont en cours pour ajouter cinq lits dédiés pour la clientèle du CHUL.

Les deux principales unités de soins palliatifs oncologiques se situent à L'HDQ (95% de clientèle oncologique, trois médecins sur place) et HEJ (55% de clientèle oncologique, quatre médecins sur place). On observe, depuis l'ouverture du CIC-HEJ, un glissement de la clientèle de L'HDQ vers HEJ.

L'aide médicale à mourir est offerte dans toutes les installations. De plus en plus de personnes souhaitent choisir le moment où elles diront au revoir à leurs proches. C'est dans cette perspective que le CHU, en collaboration avec la Fondation du CHU a inauguré à HEJ sa première chambre strictement réservée aux interventions de l'aide à mourir. D'autres chambres sont en cours de déploiement dans les autres installations du CHU.

Des services de soins palliatifs ambulatoires interdisciplinaires sont disponibles au CIC-HEJ pour la clientèle oncologique du CHU. L'équipe se compose principalement de médecins, pharmaciens, infirmiers et IPS, qui travaillent en étroite collaboration avec les autres équipes médicales et professionnelles du CHU, autant qu'avec les ressources de première ligne en CLSC et les médecins de famille. Elle prend en charge le suivis de symptômes réfractaires autant pour des patients avec traitements curatifs que palliatifs et intervient dans les préparations à la fin de vie et en lien avec les demandes d'aides médicale à mourir. Les patients sont redirigé vers les médecins de famille ou le CLSC une fois la prise en charge bien établie.

Les données indiquent que la clinique de soins palliatifs ambulatoires permet de réduire le nombre de consultations à l'urgence ainsi que le nombre hospitalisations.

Les patients pédiatriques peuvent aussi bénéficier d'une prise en charge palliative tant sur l'unité d'hospitalisation qu'en clinique externe à l'Unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau.

2.7. **Promotion des saines habitudes de vie, prévention et protection contre le cancer**

Outre le vieillissement et certains facteurs de risque non modifiables, il est possible d'agir sur plusieurs éléments, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle élevé et l'exposition au radon ou au rayons ultraviolets pour prévenir l'apparition du cancer. Des interventions de prévention clinique reconnues efficaces comme la vaccination au VPH et la communication d'information permettant aux individus de faire de meilleurs choix pour leur santé sont des stratégies préventives complémentaires. Certaines de ces interventions ciblent le grand public, d'autres des populations spécifiques comme les personnes ayant un nouveau diagnostic de cancer. Au CHU, les interventions de promotion et de prévention des saines habitudes de vie pouvant améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer ne sont pas réalisées de façon systématique. Certaines initiatives locales sont réalisées en matière de promotion et prévention auprès de la clientèle oncologique (cessation tabagique, saines alimentations, programme d'activité physique).

Des chirurgies prophylactiques, réduisant le risque de cancer de près de 90%, sont également réalisées au CHU. Ces chirurgies sont offertes aux personnes ayant une prédisposition génétique (principalement liées aux gènes BRCA) aux cancers du sein, de l'ovaire et des trompes. La réalisation de ces chirurgies électives requiert l'expertise d'équipes surspécialisées et interdisciplinaires travaillant en étroite collaboration.

2.8. **Les réseaux en cancérologie**

Le CHU dessert la région de la Capitale-Nationale, mais également tout le territoire de desserte du RUISSSUL ainsi qu'une partie du Nouveau-Brunswick, ce qui représente un bassin d'environ 2 000 000 de personnes. Compte tenu de leur mission suprarégionale, les équipes surspécialisées du CHU collaborent au quotidien avec les intervenants des établissements régionaux afin de les soutenir dans la prestation des soins. Depuis 2021, ce travail est formalisé par l'organisation des soins en réseaux hiérarchisés et structurés par siège tumoral ou thématique. La mise en place de ces réseaux, qui se fait progressivement au fil des années, respecte le Cadre de référence pour la mise en place des réseaux par siège tumoral (MSSS, 2018) et comporte deux volets : la mise en place de réseaux régionaux (les partenaires sont les autres établissements du RUISSSUL) et la mise en place de réseaux pour des problématiques particulières.

Au moment d'écrire ce programme, le CHU est impliqué dans les réseaux formels suivants:

- Réseau de cancérologie pulmonaire: participation au réseau, sous la responsabilité de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval

- Réseau de cancérologie mammaire de l'est du Québec: responsable du réseau
- Réseau de cancérologie cervico-faciale (ORL) de l'est du Québec : responsable du réseau
- Réseau d'oncogénétique de l'est du Québec: responsable du réseau
- Réseau CAR-T-CELL: participation au réseau, sous la responsabilité du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
- Réseau sarcome: participation au réseau, sous la responsabilité tripartite du CHU, du Centre universitaire de santé McGill et du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
- Réseau carcinose péritonéale: participation au réseau, sous la responsabilité du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
- Réseau de cancer pédiatrique: participation au réseau, sous la responsabilité de CHU Sainte Justine

Au cours des prochaines années, d'autres réseaux s'ajouteront selon la priorisation ministérielle associée, le prochain en déploiement étant le réseau en gynéco-oncologie.

Le programme de cancérologie du CHU s'est doté d'une équipe dédiée aux réseaux en cancérologie, ce qui nous permet de jouer pleinement notre rôle de leader auprès des établissements partenaires et contribue ainsi à l'amélioration des soins et à la fluidité des trajectoires. L'animation et l'évolution de ces réseaux sera aussi un élément important du mandat de cette équipe. Cela permettra de faire vivre les réseaux en cancérologie.

Il est à noter que le RUISSSUL couvre un très vaste territoire, ce qui entraîne de grands défis dans la mise en place de réseaux. La circulation de l'information entre les centres collaborateurs est primordiale et la communication est donc un défi de taille. De plus, nous sommes conscients que plusieurs des intervenants des centres partenaires sont sollicités pour les différents réseaux actuellement en action. Nous tentons donc d'organiser les rencontres et structures de suivi de façon à tenir compte de cette réalité et ainsi optimiser leur organisation du temps.

Un autre outil fondamental favorisant la communication avec nos partenaires est un site web complet et accessible, présentant de façon structurée tous les volets de la cancérologie au CHU. Actuellement il n'y a pas de vitrine numérique optimale pour le Programme de cancérologie du CHU, ce qui entraîne un manque de visibilité à l'externe pour tous les traitements et services offerts en oncologie au CHU par nos équipes spécialisées.

2.9. Recherche et innovation

Inscrites au cœur même de la mission du CHU, la recherche et l'innovation jouent un rôle clé dans l'offre de soins et services de santé de pointe. Les besoins en matière de santé sont de plus en plus complexes et évoluent constamment. Pour faire face aux défis actuels et futurs, il est impératif que les équipes cliniques et de recherche travaillent ensemble de façon collaborative. En plus de contribuer à résoudre les problématiques complexes liées au cancer, la recherche permet d'optimiser les traitements et d'améliorer la survie et la qualité de vie à long terme des patients atteints de cancer. La recherche et l'innovation sont ainsi une plaque tournante dans les avancées en cancérologie.

Le Centre de recherche du CHU se classe parmi les 10 plus importants centres de recherche au Canada. Il est également le plus grand centre de recherche francophone en Amérique du Nord. Il

regroupe les activités de recherche de 705 chercheurs réguliers, associés, affiliés et membres honoraires ainsi que de 1 175 étudiants aux cycles supérieures et stagiaires postdoctoraux dans cinq installations sous sept axes de recherche fondamentales et/ou clinique dont l'oncologie. Plus particulièrement, l'axe Oncologie regroupe 202 chercheurs et leurs équipes ; ce qui en fait l'un des plus importants regroupements d'équipes de recherche en milieu hospitalier dédié à la lutte contre le cancer. En 2022-2023, plus de 22M\$ ont été octroyés en subvention de recherche et les travaux des équipes de l'axe ont mené à plus de 200 publications scientifiques (Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, 2023) (Rapport annuel du Centre de recherche 2022-2023).

La mission de l'axe Oncologie est de résoudre des problématiques scientifiques complexes liées au cancer, et ce, pour le bénéfice des patients et de la société. Relever ce défi est possible grâce à la diversité des expertises de recherche qui couvrent l'ensemble du spectre des sciences de la santé : de la recherche fondamentale en biologie cellulaire et moléculaire ainsi que la physique médicale, en passant par la recherche clinique, jusqu'aux interventions de soins de santé physiques et psychosociaux et de santé publique. Les programmes de recherche poursuivis au sein de l'axe Oncologie se regroupent en trois thèmes :

1. Biologie, étiologie et prévention
2. Dépistage, diagnostic, pronostic et traitement
3. Survie, qualité de vie et services de santé

Bien que la recherche s'inscrive dans les priorités organisationnelles de l'établissement, faire vivre la recherche à travers les activités clinico-administratives demeure un défi. Actuellement, il existe peu de mécanismes de collaboration structurés entre l'axe Oncologie et le programme de cancérologie. Toutefois, il existe une volonté claire de promouvoir la recherche à l'interne de l'établissement et d'encourager les projets qui émanent de la clinique afin de promouvoir la collaboration entre les équipes cliniques et de recherche. Cela faciliterait la promotion des activités de recherche dans l'établissement, et favoriserait ainsi l'émergence de projets de recherche conjoints. La mise en place d'un nouveau pôle de recherche en oncologie de précision, adjacent au CIC-HEJ, créera un pôle d'échange et de collaboration unique qui contribuera à accélérer la synergie entre nos équipes cliniques et de recherche.

D'ailleurs, afin de favoriser les partenariats stratégiques et assurer le rayonnement d'une culture de l'innovation auprès des intervenants œuvrant en clinique et en recherche au sein de notre établissement, le CHU a mis en place, depuis janvier 2024, le bureau de l'innovation. Ses objectifs sont d'accroître le nombre de partenaires industriels et d'évaluation en milieu réel, de mettre en place des processus fluide d'aiguillage et d'accompagnement de nos partenaires externes, d'améliorer la valorisation de la recherche et créer des partenariats forts afin de créer de la valeur et de la richesse collective pour notre société. Une des premières activités, "Rendez-vous BioPartenariat," a mis en lumière l'expertise des équipes en cancérologie ainsi que le centre de recherche.

Grâce à la recherche et à l'innovation, le CHU a pu mettre en place des initiatives porteuses dans le domaine de la cancérologie telles que :

- L'acquisition d'un nouvel appareil de radiothérapie guidée par imagerie par résonance magnétique couplé à un accélérateur linéaire (IRM-LINAC), une première au Québec.

- Notamment, grâce à l'expertise de nos équipes de recherche en dosimétrie optique, nous développerons des outils afin de mieux mesurer la dose reçue par les patients en présence du champ, permettant ainsi un traitement plus précis avec moins d'effets secondaires.
- Le déploiement du cyclotron et le développement du programme de recherche en théranostique, incluant le lancement d'une chaire de recherche hospitalière dans ce domaine soutenue par la Fondation du CHU de Québec, marquent une étape importante dans l'avancement des traitements spécifiques pour chacun de nos patients.
 - La mise en place prochaine de la plateforme MEDOnco-VieRéelle permettra de tirer profit des données de soins en contexte réel pour une introduction responsable, efficiente et équitable des innovations thérapeutiques en oncologie.
 - La création d'une installation d'ingénierie tissulaire en oncologie ouvrira la voie à l'optimisation des stratégies thérapeutiques contre le cancer grâce à une nouvelle génération de modèles de tumeurs reconstruits en laboratoire à partir de cellules de patients.
 - L'implantation de l'unité intégrée en curiethérapie et d'une chaire de recherche dédiée, dans laquelle nos équipes de recherche sont partenaires, visant à augmenter la précision de la mesure, du calcul de la dose et de l'administration des traitements.

2.10. Enseignement et formation continue

L'enseignement est l'un des quatre piliers porteurs de la mission du CHU, comptabilisant plus 219 779 jours de stage réalisés en 2022-2023.

L'expertise des équipes cliniques en cancérologie a contribué au développement d'une offre de service de pointe reconnue ici et ailleurs, rendant attractifs tous nos programmes d'enseignement dédiés à la cancérologie. Des apprenants de partout viennent s'imprégner de la culture d'oncologie et de spécialisation du CHU. On peut citer comme exemple le programme de physique médicale, un programme bien reconnu au pays. Il s'agit du premier programme francophone ayant obtenu l'agrément CAMPEP (Commission of Accreditation on Medical Physics Education Program). Ce programme de formation en physique médicale provient d'une collaboration entre le département de physique, de génie physique et d'optique de l'Université Laval et les services de physique médicale et radioprotection et de radio-oncologie du CHU. Ce programme inclut de la formation de 2e et 3e cycles universitaires (entre 5 et 10 années d'éducation universitaires) assurant ainsi une formation de pointe préparant à un poste d'introduction à la pratique clinique via une résidence formelle en physique médicale ou l'apprentissage terrain dans un service de physique médicale en milieu hospitalier. À ce jour, c'est plus de 130 personnes qui ont complété l'une de ces formations. Ce programme de formation a été et demeure central pour combler l'ensemble des besoins de physiciens médicaux dans les hôpitaux de l'est du Québec, mais aussi de Trois-Rivières, Sherbrooke, Charles-Lemoyne, Gatineau et dans une moindre mesure le CHUM et Moncton au Nouveau-Brunswick. Le programme compte en moyenne environ 25 étudiants et étudiantes à divers stades de formation, accueillant de 6 à 10 nouvelles recrues chaque année.

L'ensemble des équipes du programme de cancérologie sont grandement impliquées dans les programmes d'enseignement et accueillent les résidents et stagiaires de façon continue. Toutes les disciplines participent à la formation de ces étudiants. L'enseignement fait partie intégrante des modes de fonctionnement de ces équipes. Une attention particulière est portée aussi à l'organisation des lieux de soins pour qu'ils puissent accueillir des apprenants dans des espaces leur étant réservés.

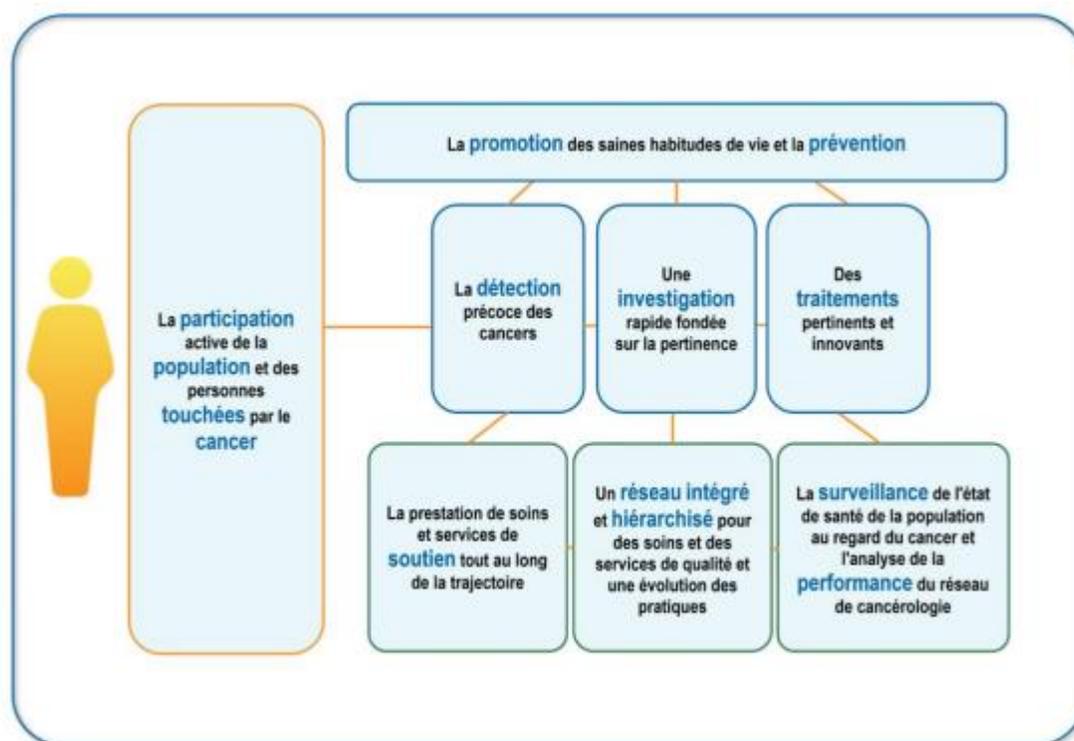
Actuellement, il n'y a pas de vigie sur l'ensemble de la formation continue offerte pour les professionnels œuvrant en cancérologie. La formation continue est valorisée par tous les gestionnaires et chefs médicaux, et les intervenants peuvent avoir accès à des formations continues, congrès provinciaux, nationaux et internationaux. Les enjeux de libération viennent limiter les possibilités pour les équipes. Il est essentiel de trouver le moyen de continuer à développer l'expertise des intervenants en oncologie en collaboration avec les différentes directions impliquées. En effet, comme mentionné, les soins et les services en cancérologie offerts au CHU sont des soins spécialisés et surspécialisés. Le CHU a besoin d'intervenants chevronnés qui vont venir soutenir les pratiques de pointe médicales, d'intervenants experts qui vont être des ressources et des références pour tous nos partenaires. Maintenir cette expertise est actuellement un défi majeur et une préoccupation importante pour l'ensemble de nos équipes spécialisées.

3. PRIORITÉS ET ORIENTATIONS 2024-2028

Afin de faire face aux défis identifiés dans les services de cancérologie offerts par le CHU décrits dans la section précédente, et dans l'objectif de continuer à offrir des soins sécuritaires, de qualité, accessibles et qui ont un impact réel sur le patient, le présent chapitre identifie les priorités et orientations qui guideront les actions des prochaines années (en gras dans le texte). Ces actions seront déclinées en un plan d'action biennuel (2024-2026; 2026-2028) et seront formellement approuvées par les instances décisionnelles de l'établissement.

Ces priorités sont présentées selon les axes structurants définis en 2024 par le PQC et déposés à l'ensemble des programmes de cancérologie des établissements de la province. Ces axes placent la personne touchée par le cancer au cœur des décisions, dans une approche de soins personnalisés au sein d'une structure organisationnelle efficiente.

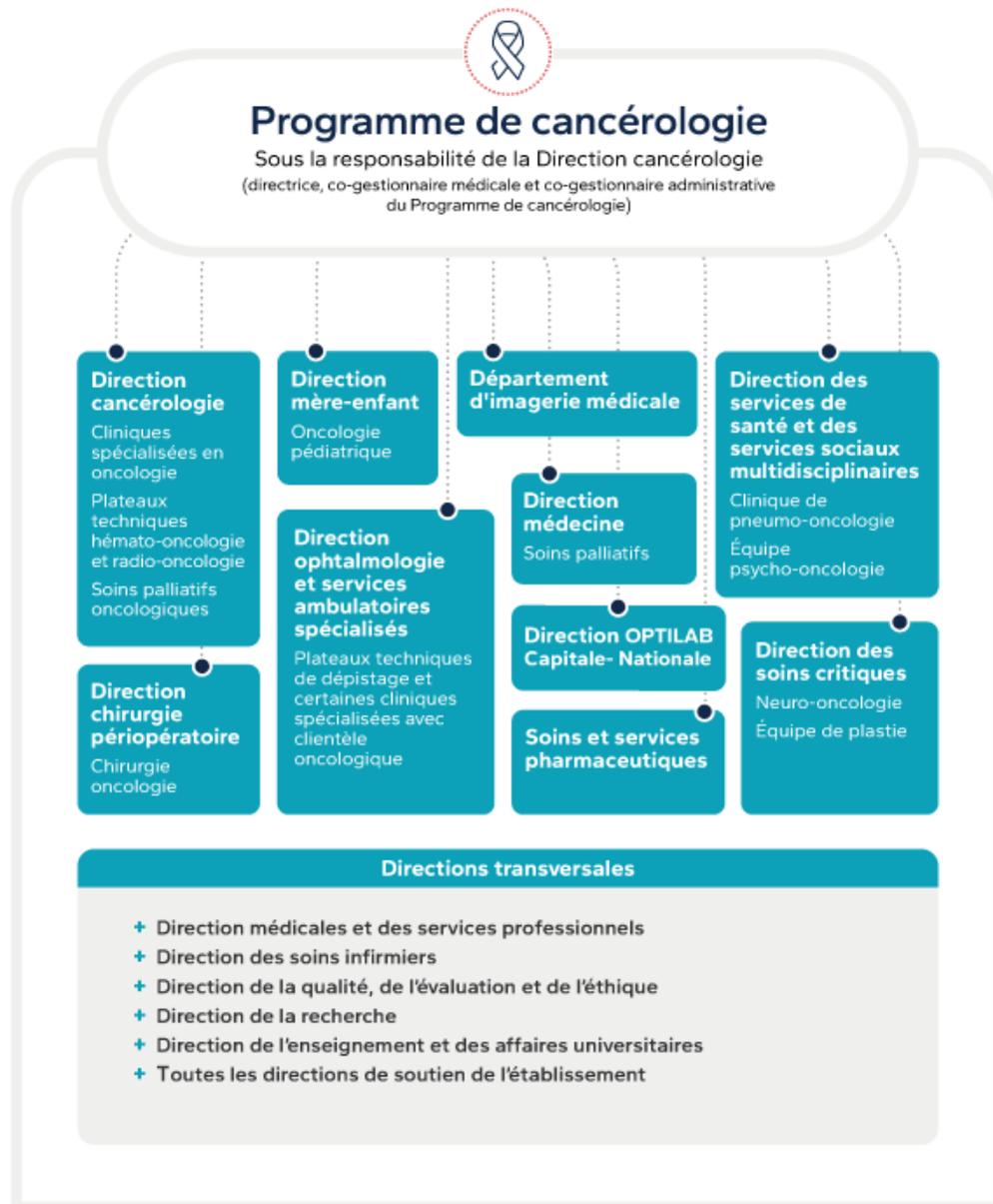
FIGURE 8 : AXES STRUCTURANTS DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE CANCÉROLOGIE (MSSS, 2023)



Une **gouverne forte du Programme de cancérologie du CHU**, bien intégrée à la gouverne de l'établissement, est essentielle afin de permettre une organisation structurée, cohérente et efficiente de tous les services nécessaires pour le patient atteint de cancer. Le Programme de cancérologie, qui concerne tous les services de cancérologie donnés dans le CHU sans égard aux directions dans lesquelles ces services sont donnés, doit continuer à avoir sa place dans l'organisation ainsi que la légitimité nécessaire pour traiter les enjeux. Les secteurs demeurent imputables des activités sous leur responsabilité, tout en travaillant en collaboration avec tous les autres secteurs impliqués de près ou de loin. Des **lieux de concertation** entre tous ces acteurs sont nécessaires afin de garder cette vigie sous un angle de trajectoire, permettant ainsi d'offrir

des soins sécuritaires et de qualité. Le comité de gestion du Programme de cancérologie, avec tous les représentants cliniques ainsi que les équipes spécialisées par siège tumoral en cogestion, a comme mandat d'assurer une concertation et coordination efficiente des activités en cancérologie de l'établissement (Annexe 3 – Mandat comité de gestion). Le comité de coordination a quant à lui comme mandat de veiller aux orientations stratégiques (Annexe 4– Mandat comité exécutif). Un **suivi bi-annuel des actions réalisées, et des enjeux sera présenté au comité clinique stratégique** de notre établissement, assurant ainsi une concertation interdirections. De plus, pour œuvrer à la réalisation de ce programme, le CHU mandate un directeur, un cogestionnaire clinico-administratif et un cogestionnaire médical.

FIGURE 9 : ORGANIGRAMME DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE



Axe 1 : Participation active de la population et des personnes touchées par le cancer

Depuis 2017, le PQC du MSSS prône l'importance de la participation, de l'implication et le développement du partenariat avec les personnes touchées par le cancer. Cela est cohérent avec les orientations du CHU. En effet, en 2021, le CHU s'est doté d'un Cadre de référence sur le partenariat avec les usagers et leur proche afin de promouvoir et intensifier l'approche partenariat dans l'établissement (Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat, 2021). Ce cadre de référence présente les différentes facettes de l'approche partenariat, soit le partenariat avec le patient et ses proches:

- en contexte de soins et de services (patient partenaire de ses soins et patient accompagnateur),
- au niveau de l'organisation des soins et des services (consultation des usagers sur leur expérience de soins, implication dans les processus d'amélioration de la qualité) et
- dans le contexte de la gouvernance (patient partenaire présent sur des comités au niveau stratégique).

Le Programme de cancérologie travaille activement à formaliser **l'implication des personnes touchées par le cancer aux niveaux clinique, tactique et stratégique**. Le recrutement, la nomination et l'implication continue de patients partenaires dans divers comités et instances en cancérologie seront coordonnés et supervisés par une ressource du programme de cancérologie dédiée au partenariat. Divers mécanismes sont nécessaires afin de standardiser et optimiser l'intégration des personnes touchées par le cancer en cancérologie. Parmi ces mécanismes, la communauté de pratique, lieu d'échanges entre patients partenaires, contribuera au développement des trajectoires et de l'expertise ainsi qu'à l'harmonisation des pratiques des patients partenaires au sein de notre programme de cancérologie.

Le Programme de cancérologie du CHU, par le biais de cette structure dédiée au partenariat en cancérologie, réaffirmera son leadership dans le **développement de la fonction "patient accompagnateur"**. Les patients accompagnateurs sont des personnes touchées par le cancer qui mettent à profit leur expérience au service d'autres patients. Des initiatives menées au CHU et dans d'autres établissements ont démontré la valeur ajoutée de la présence de patients accompagnateurs dans les trajectoires de soins (diminution du stress et de l'anxiété, meilleure compréhension du parcours de soins, meilleure connaissance des soins et services et des ressources disponible et échanges facilités avec les équipes de soins). Le programme de cancérologie a comme objectif de faire connaître le rôle complémentaire et les bénéfices des patients accompagnateurs auprès de ses équipes spécialisées tel que réalisé en cancérologie mammaire et dans le contexte de la laryngectomie. La mise à l'échelle de l'intégration de patients accompagnateurs sera déployée selon les besoins identifiés par les patients et les équipes spécialisées du Programme de cancérologie du CHU.

L'amélioration des soins et services à partir de l'expérience patient est également une facette de la participation active des personnes touchées par le cancer. Les PROMS les PREMS sont des outils validés scientifiquement dont l'efficacité est maintenant reconnue dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et des services en cancérologie. Le CHU est en cours de **déploiement des PREMS** via la plateforme Lime Santé (urgence, chirurgie) et la cancérologie est une des clientèles qui sera priorisée. Ces données permettront de documenter et d'analyser

l'expérience rapportée par les patients afin de planifier et d'améliorer la qualité et la pertinence de l'offre de soins et de services. La prochaine étape sera le **déploiement des PROMS** saisis électroniquement par les patients, de façon que ces données soient utilisées par leur équipe traitante dans le cadre de leurs soins au quotidien.

Toutes ces initiatives assureront la participation active des personnes touchées par le cancer à tous les niveaux du programme de cancérologie du CHU, permettant ainsi que l'offre de soins et services reflète les différentes réalités des patients en cancérologie tout au long de la trajectoire.

Axe 2 : Promotion de saines habitudes de vie et prévention

Il est reconnu que le vieillissement et certains facteurs non modifiables (par ex: génétique) contribuent au risque de développer un cancer. Cependant, il est estimé que 40% des décès par cancer sont évitables par la mise en place de saines habitudes de vie (notamment : arrêt tabagique, réduction de la consommation alcool, contrôle du poids, etc.). La Direction de santé publique de la Capitale-Nationale a comme mission notamment de promouvoir la santé et prévenir les problèmes de santé. Il est essentiel que le Programme de cancérologie du CHU **supporte les initiatives déployées par la Santé publique** qui permettraient de réduire le fardeau du cancer de la population. Le Programme de cancérologie, avec ses experts et professionnels, doit promouvoir ces activités et ce tout au long de la trajectoire de soins des patients. Pour cela, il est nécessaire de développer un espace de concertation et **renforcer les liens de collaboration avec les intervenants en santé publique**. Pour ce faire, des discussions sont en cours pour qu'un membre de la Direction de santé publique soit partie prenante du comité régional de coordination en cancérologie de la Capitale-Nationale.

Le CHU, en tant qu'employeur important de la région, doit également continuer à **promouvoir les saines habitudes de vie chez ses intervenants**. Comme programme de cancérologie, nous devons être des modèles de rôle dans les initiatives internes mises en place, cela est en concordance avec notre plan d'établissement.

Axe 3: Détection précoce des cancers

Le dépistage permet la détection précoce du cancer chez les personnes qui ne présentent pas de symptômes. Bien que la détection précoce des cancers soit une responsabilité des établissements de première ligne puisque ces activités se déroulent principalement dans la communauté, la responsabilité du CHU demeure importante dans cette portion de nos trajectoires. Pour cela, il sera prioritaire dans les prochaines années d'**implanter une structure de gouvernance des activités de dépistages** au sein du Programme de cancérologie, en collaboration avec les directions impliquées (notamment la Direction ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés, la Direction mère-enfant et la Direction OPTILAB Capitale-Nationale), qui assurera le bon fonctionnement, le suivi des indicateurs et l'harmonisation de tous ces programmes.

Avec le déploiement des programmes de dépistage systématiques par le PQC, le CHU doit s'assurer de la diffusion et de la compréhension de ces programmes par nos équipes professionnelles et médicales au-delà des équipes dédiées à la cancérologie. Les mécanismes pour accéder à ces

programmes doivent être connus de tous, qu'ils se réalisent dans le CHU ou non, afin d'orienter nos patients pour qu'ils y aient facilement accès.

Certains **plateaux techniques** sont primordiaux à la détection précoce des cancers: l'imagerie médicale, l'endoscopie digestive et gynécologique en sont de bons exemples. Les prochaines années amèneront leur lot de défis par rapport à l'utilisation optimale de ces plateaux, étant donné la demande en hausse et la pénurie de main d'œuvre importante dans ces secteurs. Il sera donc primordial d'effectuer un **suivi serré des indicateurs d'accès** à ces examens et de collaborer avec tous les acteurs clés, dont les directions responsables, pour assurer l'optimisation de tous les processus ayant un impact sur l'efficacité de ces secteurs.

Au bout du spectre du suivi en cancérologie, la **détection des séquelles tardives et des cancers secondaires** est une responsabilité partagée entre les équipes interdisciplinaires du CHU et la première ligne. À la fin de la période de traitements actifs, la clientèle doit être reprise en charge par les professionnels de la première ligne. Puisque ces derniers assureront le suivi long terme, il est important de mieux les supporter et de les outiller adéquatement. Nos spécialistes doivent s'impliquer pour former les intervenants de première ligne, notamment les médecins de famille. Il faut aussi fournir des documents d'enseignement et de l'information claire pour les patients, afin que ceux-ci soient conscients des signes et symptômes à surveiller. De plus, pour les patients ayant eu un cancer pédiatrique, la mise en place d'une clinique de suivi à long terme (« survivance ») permettra d'assurer un suivi spécifique pour ces patients chez qui les cancers secondaires sont beaucoup plus fréquents que dans la population générale.

Axe 4 : Investigation rapide fondée sur la pertinence

Dès qu'un résultat d'examen, de test de laboratoire ou un symptôme rapporté indique un risque de cancer, un compteur se met à tourner. La période d'investigation du cancer, pendant laquelle on souhaite confirmer d'abord le diagnostic, puis le plan de traitement, doit être la plus courte possible, tant pour maximiser les chances de survie du patient que pour lui épargner cette attente qui est souvent la plus pénible de tout son parcours.

Le PQC recommande qu'en cancérologie, **un diagnostic devrait être posé en moins de 28 jours**. Cela inclut les délais en lien avec l'accès aux examens et aux résultats d'imagerie, de scopie et des analyses pathologiques incluant les analyses biomoléculaires. Il s'agit des mêmes ressources que celles utilisées dans le cadre des programmes de dépistage. Tel que déjà mentionné, les prochaines années amèneront de nombreux défis étant donné la demande en hausse et la pénurie de main d'œuvre importante dans ces secteurs. Des **travaux de pertinence** pour optimiser la capacité des plateaux d'imagerie (TEP, TDM, IRM) seront amorcés par la direction médicale et des services professionnels, auxquels le Programme de cancérologie participera activement. Il sera également primordial d'effectuer un suivi serré des indicateurs d'accès à ces examens et de collaborer avec tous les acteurs clés, dont les directions responsables, pour assurer l'optimisation de tous les processus ayant un impact sur le délai de diagnostic de cancer.

La **mise en place des guichets d'investigation** pour tous les sièges tumoraux traités au CHU permettra de mieux coordonner, accompagner le patient et réduire la durée de cette période critique. Le fonctionnement de ces guichets est simple: une équipe composée d'infirmière clinicienne et d'agentes administratives reçoivent les requêtes dès qu'une suspicion de cancer

apparaît, ou encore lorsqu'un diagnostic est posé dans un centre régional et nécessite un avis d'expert concernant le plan de traitement. À partir de la réception de cette requête, le guichet assure l'évaluation du patient, la prescription des examens requis pour confirmer le diagnostic ou encore le plan de traitement requis et une coordination des nombreux examens est faite pour que ceux-ci se réalisent sans délai, avec fluidité et pertinence. Pendant toute cette période, les intervenants travaillant au guichet sont le point de chute unique pour le patient et s'assurent de le guider lorsque celui-ci a des questions ou des besoins psycho-sociaux. Lorsque tous les examens préalables sont réalisés, le premier rendez-vous avec le médecin spécialiste est planifié et ce n'est que lorsque le plan de traitement est clairement établi que le patient est libéré du guichet pour être pris en charge par l'équipe traitante, incluant l'accès à l'intervenant pivot.

L'un des objectifs principaux des prochaines années est **d'implanter ces guichets dans tous les sièges tumoraux** traités au CHU. Pour ce faire, il sera requis d'établir, avec chaque équipe spécialisée, des critères pour chaque clientèle:

- Examens pré-requis pertinents ;
- Ordonnances collectives pour permettre une autonomie aux infirmières travaillant au guichet ;
- Algorithme de priorisation des différents cas ;
- Partenariat avec les services, tels que l'imagerie et la pathologie pour assurer la prise en charge adéquate de nos clientèles ;
- Suivi des indicateurs d'accès et travaux pour assurer l'identification de la clientèle oncologique dans les listes d'attente.

Il sera aussi important de s'assurer que les intervenants de première ligne et du réseau sont au courant des voies d'accès aux guichets afin d'assurer une prise en charge rapide pour tous les patients pouvant en bénéficier.

Axe 5 : Des traitements efficaces, pertinents et innovants

Face à l'augmentation de la clientèle en oncologie attendue pour les prochaines années, le CHU doit se donner les moyens de continuer à offrir un accès équitable et en temps opportun aux différents traitements contre le cancer, tout en respectant ses missions d'enseignement et de recherche. Les **cibles d'accès fixées par le MSSS doivent être respectées, tant pour la chirurgie oncologique que pour les traitements systémiques et la radio-oncologie**. Chaque secteur est touché par le manque de ressources humaines, mais c'est en chirurgie oncologique que les impacts sont les plus significatifs. En effet, le nombre de cas en attente d'une chirurgie oncologique continue à augmenter, principalement à L'HDQ, qui concentre une forte proportion des cas oncologiques. De plus, le rattrapage nécessaire post-pandémie exacerbe les enjeux au maintien de l'accès. Le CHU doit poursuivre ses efforts de planification des besoins futurs en ressources humaines et recruter le personnel qualifié requis, tout en améliorant la rétention de ce personnel.

L'accès au robot chirurgical est également une priorité du Programme de cancérologie. Des démarches intensives sont en cours pour des acquisitions futures, puisque les données recommandant cette approche dans certains sièges tumoraux sont de plus en plus étoffées.

Une collaboration active est nécessaire entre le Programme de cancérologie du CHU et la Direction chirurgie périopératoire dans l'objectif de convenir des stratégies de planification qui amélioreront la capacité de traitement et maximiseront l'utilisation des plateaux techniques disponibles dans les cinq installations. Il sera aussi essentiel de contribuer à la réflexion provinciale sur la révision des priorités chirurgicales, selon le type de cancer. Cela donnera de la souplesse dans la planification chirurgicale, tout en s'assurant que les patients se présentant avec des tumeurs rapidement évolutives puissent bénéficier d'une chirurgie la plus précoce possible, entraînant ainsi moins de morbidité et une meilleure chance de guérison.

Avec l'ouverture du CIC-HEJ, les plateaux techniques en radio-oncologie, en curiethérapie et pour les traitements systémiques ont été rehaussés, ce qui permet actuellement un accès optimal. Toutefois, avec la survie prolongée des patients, l'augmentation du nombre d'indications pour un traitement oncologique et les nouveaux diagnostics en croissance, des stratégies devront également être mises en place rapidement dans les années à venir si le CHU veut continuer à atteindre favorablement les cibles nationales (Ex: hypofractionnement). En ce qui concerne les traitements systémiques nécessitant une hospitalisation, l'accès aux lits demeure précaire. Un rehaussement de la capacité d'hospitalisation avec l'ouverture du Nouveau Complexe Hospitalier (NCH) est planifié, avec une unité de soins qui pourra mieux concentrer la clientèle d'oncologie et favoriser un meilleur maintien de l'expertise des professionnels affectés aux soins de ces patients. De plus, des stratégies sont actuellement déployées pour **privilégier l'approche en ambulatoire**, lorsque cela est possible. La greffe ambulatoire en est un bon exemple. L'utilisation du SIRO à sa pleine capacité au cours des prochaines années permettra aussi de dégager de la capacité hospitalière, en permettant d'offrir de jour une prise en charge des urgences mineures.

Pour établir un plan thérapeutique approprié, l'accès aux imageries requises en pré-opératoire/ pré-radiothérapie ou pré-chimiothérapie en temps opportun est nécessaire. Il en va de même en ce qui concerne les **délais de pathologie pour les biopsies et les chirurgies oncologiques**. En effet, ces délais d'investigation doivent être additionnés aux délais actuellement surveillés pour l'accès aux modalités de traitements, visés par des cibles nationales. Ils peuvent ainsi entraîner des conséquences significatives sur le type de traitement retenu, son agressivité, sa morbidité et ultimement sur les chances de guérison du patient, associées au stade du cancer. Il sera donc primordial d'effectuer un suivi serré des indicateurs d'accès à ces examens et de collaborer avec les responsables en imagerie et en pathologie pour assurer l'optimisation de tous les processus ayant un impact sur l'efficacité de ces secteurs.

Le CHU doit mettre en place une **structure formelle de suivi des volumétries et des indicateurs d'accès** aux différentes modalités de traitements. Ceci permettra une évaluation systématique et continue des impacts des différents processus mis en place, afin de mesurer s'ils entraînent une réelle amélioration de l'accès pour les patients.

Toutes ces modalités de traitements sont offertes au CHU en complémentarité avec les soins offerts par les établissements partenaires dans le RUISSSUL. Pour plusieurs sièges tumoraux, des trajectoires sont développées avec les partenaires du réseau et nous travaillons à les structurer et les formaliser davantage, selon les besoins exprimés par les patients (ex: chimiothérapie dans les régions de Portneuf, Charlevoix, Sept-Îles...). L'équipe de **télésanté** du CHU contribue également à soutenir certaines évaluations à distance, pour limiter les déplacements des personnes atteintes. Des ententes formelles sont en cours d'élaboration.

Innovation

En tant que centre universitaire et centre de référence pour la majorité des sièges tumoraux, le CHU doit continuer de contribuer à sa mission en soutenant l'introduction structurée d'innovations technologiques et thérapeutiques, tout en évaluant leur valeur et en mesurant leurs impacts réels. Notamment, le Programme de cancérologie du CHU soutient activement l'offre de service en greffe de cellules souches et en CAR-T, le déploiement de la radiothérapie adaptative sur l'IRM-LINAC en radio-oncologie, le programme de chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) et l'ouverture prochaine du cyclotron avec le développement de son programme de théranostique. De plus, le département de pharmacie assume un rôle clé dans la province avec la coordination des activités d'ONCOLlabore, projet structurant et innovant permettant l'harmonisation des outils pharmaceutiques au Québec. Un mécanisme est également en place avec le comité de convenance du CHU pour favoriser l'accès aux médicaments pour lesquels des données probantes appuient leur utilisation.

Le traitement des patients dans le cadre de protocoles de recherche est une priorité pour le Programme de cancérologie. Les patients doivent avoir accès à des traitements de pointe, souvent offerts initialement uniquement via les protocoles de recherche. Pour cela, il est essentiel que la Direction de la recherche (axe oncologie) et le Programme de cancérologie travaillent en étroite collaboration pour mieux comprendre les enjeux concrets et favoriser un meilleur accès aux protocoles de recherche pour les patients du CHU.

Pertinence

Il va sans dire que le Programme de cancérologie du CHU soutient une offre de soins et des **traitements personnalisés, adaptés aux besoins des patients, et pertinents**. Les patients partenaires consultés nous ont clairement mentionné qu'ils souhaitent que chaque patient soit directement impliqué dans les choix thérapeutiques qui le concernent, selon ses valeurs et ses expériences personnelles. Par ailleurs au CHU, les **discussions en CDTC** sont encouragées et permettent une discussion des cas complexes en interdisciplinarité. L'accès à distance pour les partenaires du réseau est possible pour certains sièges tumoraux. Les équipes spécialisées du CHU doivent continuer à mettre leur expertise à profit pour tous les partenaires du réseau.

Le déploiement au cours des dernières années de la clinique d'**oncogériatrie** a permis d'offrir une évaluation interdisciplinaire approfondie et entraîné dans un bon nombre de cas une modification de la prise en charge thérapeutique proposée. Il faut poursuivre les efforts d'intégration et les rapprocher des équipes de cancérologie afin de favoriser l'évaluation en oncogériatrie lorsque requise. Les outils développés pour dépister les cas à haut potentiel de bénéficier d'une telle évaluation seront déployés à plus grande échelle progressivement.

L'accès aux services d'**oncogénétique** doit également être optimisé, tant pour la clientèle du CHU que de tout le RUISSUL. Pour favoriser l'accès, le CHU doit se doter d'une seule porte d'entrée à ce service. Les résultats de ces analyses influencent de plus en plus directement les choix des meilleures orientations thérapeutiques pour les patients, allant du type de chirurgie retenue aux traitements systémiques ciblés, les plus susceptibles de conduire à la guérison ou à la rémission prolongée. Le rapatriement de l'analyse de ces tests au CHU pourrait entraîner des retards pour la production des résultats, entraînant des délais dans les prises de décisions et le Programme de

cancérologie devra donc garder une vigie sur les délais d'analyse, en collaboration avec la Direction d'OPTILAB Capitale-Nationale.

Axe 6 : La prestation de soins et services de soutien tout au long de la trajectoire

Les besoins des personnes touchées par le cancer vont au-delà du traitement. Il est essentiel de s'assurer de prendre en compte les impacts de la maladie et le besoin des patients et de leurs proches. Le CHU a été pionnier dans le déploiement de plusieurs initiatives permettant de d'offrir au patient des services de soutien adaptés à leurs **besoins psychosociaux et physiques**, et ce tout au long de la trajectoire. Il faut continuer dans ce sens-là et se pencher sur les iniquités dans l'offre de service actuelle. Il faut continuer à utiliser des outils tel que l'ODD, pour dépister la détresse et autres symptômes connexes, permettant ainsi de bien identifier les besoins de soutien requis.

Pour continuer à offrir ces services, il faut continuer à développer l'expertise de tous les intervenants des **équipes interdisciplinaires**. Leur expertise élevée et spécifique est autant nécessaire pour la prise en charge de leurs patients que pour les partenaires. En effet, nos équipes interdisciplinaires sont des références pour nos autres collègues du réseau que ce soit médecins de famille, intervenants de première ligne ou d'autres centres régionaux.

Dans les dernières années, des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont été déployées en diverses spécialités en cancérologie. Il faut continuer à travailler à l'intégration de ces intervenants dans l'équipe de soins, qui permet d'augmenter l'accès mais aussi maintenir une prise en charge globale du patient.

Il est également essentiel **d'intégrer les organismes communautaires** à la trajectoire de service de nos patients. Les organismes communautaires sont des acteurs à part entière du réseau de cancérologie. Leur offre de service doit être connue, travaillée en concertation avec les patients et les équipes de soins et disponible facilement aux patients. Le Programme de cancérologie doit s'assurer de cette intégration et doit promouvoir l'offre de service de ces partenaires.

Axe 7 : Un réseau hiérarchisé et intégré pour des soins et des services de qualité et une évolution des pratiques

En tant que centre spécialisé et surspécialisé du RUISSSUL, le CHU devra assumer son rôle de Centre intégré et **d'établissement responsable réseau sur le territoire du RUISSSUL** et ce, pour la majorité des sièges tumoraux. Ce rôle implique, entre autres, de créer et de maintenir des liens formels avec les autres équipes des établissements membres de son réseau, de favoriser le partage, la collaboration et l'entraide, de soutenir ses partenaires dans le développement de leurs compétences face à des situations plus complexes et d'intervenir dans un esprit de collaboration et de complémentarité.

Nos actions réseaux doivent être réalisées avec rigueur et dans le respect des particularités et réalités de nos partenaires. L'objectif est l'atteinte de services en cancérologie de qualité, sécuritaires et équitables tout en réalisant les missions d'enseignement, de recherche et d'innovation sur l'ensemble du territoire RUISSSUL.

Le Programme de cancérologie du CHU, à travers l'animation des réseaux, doit jouer un **rôle de leader auprès des établissements partenaires**. L'animation des réseaux doit se faire autant au niveau :

- de la promotion de l'enseignement, formation continue ;
- de l'intégration de la recherche ;
- de la mise en place de communauté de pratique qui permettra de faire vivre les réseaux en cancérologie par spécialité et traiter les enjeux spécifiques et transversaux.

Il est à noter que le RUISSSUL couvre un très vaste territoire, ce qui entraîne de grands défis dans la mise en place de réseaux. La circulation de l'information entre les centres collaborateurs est primordiale et la communication est donc un défi de taille. Pour faciliter la communication avec nos divers partenaires, en collaboration avec la Direction adjointe des communications, il sera primordial de développer **un site Internet « Cancérologie CHU »** détaillé dont la navigation est facile, pour y retrouver toutes les caractéristiques de nos équipes en oncologie ainsi qu'assurer une bonne communication autant avec nos établissements partenaires qu'avec les patients de nos réseaux.

Axe 8 : La surveillance de l'état de santé et de la population au regard du cancer et l'analyse de la performance du réseau de cancérologie

Le CHU et son programme de cancérologie doit pouvoir compter sur les **données fiables et accessibles, dressant un portrait clair de la clientèle oncologique** prise en charge au sein de l'établissement, tout au long de la trajectoire allant du diagnostic au suivi post traitement. De telles données sur les volumétries, l'accès, la provenance de la clientèle et le devenir des patients (survie, contrôle tumoral, toxicité) sont essentielles pour analyser la performance et guider les prises de décisions, tant cliniques qu'administratives, notamment quant à la planification des ressources humaines et matérielles. On doit aussi pouvoir être en mesure de suivre les besoins et les services utilisés par la clientèle en oncologie au sein de notre établissement, notamment dans des secteurs fortement fréquentés par cette clientèle, soit les urgences et les plateaux d'investigation tels que l'imagerie (TDM, IRM et TEP), l'endoscopie et la pathologie. Des travaux avec la Direction de la performance de la valorisation des données et de la transformation numérique sont à entamer pour actualiser cela.

Le CHU peut compter sur l'expertise d'une équipe de registraires dédiées à l'oncologie. Ces dernières utilisent la base de données provinciale SARDO pour y colliger toutes les données cliniques requises par le Registre québécois du cancer soit le TNM pour tous les sièges tumoraux et les traitements administrés pour les quatre principaux sièges tumoraux (poumon, sein, prostate, colorectal). L'orientation du Programme de cancérologie du CHU est de colliger les informations cliniques pertinentes pour tous les sièges tumoraux afin d'avoir accès à un portrait complet de la clientèle prise en charge au CHU en oncologie. Ceci permettra aux équipes médicales et interdisciplinaires d'interroger et d'analyser ces bases de données afin de permettre l'amélioration des soins et des services offerts, mais aussi de soutenir la recherche clinique. D'autres banques de données sont également utilisées par diverses équipes (notamment oncologie musculo-squelettique, oncologie mammaire, greffe de moelle, gynéco-oncologie, physique médicale, etc.). Le CHU doit pouvoir faciliter la mise en commun des diverses sources de données, éviter la double saisie et ultimement avoir accès à une meilleure vue d'ensemble de sa clientèle.

Des discussions sont en cours entre l’Axe oncologie et la Direction de la recherche du CHU pour que les médecins et chercheurs puissent utiliser les banques de données disponibles au CHU, dans le respect du nouveau cadre législatif, afin de leur permettre de pouvoir continuer à présenter et à publier les résultats de leurs projets de recherche; un rayonnement essentiel pour notre établissement, le plus grand centre de cancérologie du Québec.

Avec le souci de s’assurer d’offrir des soins basés sur la valeur, l’accès à des données cliniques fiables et accessibles pour les équipes spécialisées est un impératif. Les membres du Programme de cancérologie doivent pouvoir utiliser ces données, **suivre les indicateurs pertinents**, analyser les tendances qui s’en dégagent et agir en conséquence.

CONCLUSION

Ce document présente le fruit du travail de mise à jour du Programme de cancérologie du Centre intégré de cancérologie du CHU, réalisé en collaboration avec de nombreux acteurs de notre établissement ainsi que des personnes touchées par le cancer. Son objectif est également d'énoncer et de détailler les axes structurants et les grandes orientations prioritaires 2024-2028, qui serviront de balises pour répondre aux besoins des usagers et sur lesquels s'appuiera l'évolution de notre Programme de cancérologie pour les prochaines années.

Cette démarche exhaustive a permis de bien décrire l'état actuel des soins et des services en cancérologie au CHU, et ce tout au long de la trajectoire, soit du dépistage jusqu'à la période post traitement. Elle a également permis de préciser la gouvernance requise et nécessaire pour assurer une concertation et une coordination efficaces des activités en cancérologie au sein du CHU. À partir de cela, en fonction des orientations ministérielles et du projet d'établissement du CHU, les grandes orientations prioritaires du Programme de cancérologie du CHU pour l'avenir ont été élaborées. Ces grandes orientations se traduisent concrètement par des actions spécifiques et des priorités sur lesquels s'appuieront nos travaux pour les prochaines années. Les actions spécifiques ciblées pour 2024-2026 s'inspirent de cette démarche réalisée au cours de la dernière année, mais découlent également du plan d'action du Programme québécois de cancérologie du MSSS déposé au printemps 2024 auprès des présidents-directeurs généraux des établissements. Les actions détaillées ainsi que les acteurs responsables sont traduits dans un premier Plan d'action 2024-2026 (Annexe 5 : Plan d'action du programme de cancérologie CHU 2024-2026).

Nous sommes confiants que la mise en œuvre de ce plan d'action nous permettra de continuer à répondre aux besoins de notre clientèle et d'améliorer la qualité des services et la prise en charge. Les défis sont grands et impliqueront une collaboration soutenue avec nos partenaires, tant à l'interne que dans la communauté et les autres régions du RUISSSUL. Au sein de notre grand Centre intégré de cancérologie, nous pouvons compter sur des intervenants experts pour se pencher sur les enjeux futurs, tout en continuité avec ce qui a été bâti, mais aussi en s'inspirant de pratiques innovantes, tant cliniques, scientifiques, pédagogiques que de gestion. L'implication des personnes touchées par le cancer demeure également au cœur de notre philosophie puisque leur contribution nous assure de faire évoluer au CHU un Programme de cancérologie vraiment axé sur les besoins des usagers.

Ces défis seront travaillés en partenariat avec l'ensemble du réseau, afin de répondre adéquatement aux besoins et attentes de la population de la Capitale-Nationale et de notre territoire de desserte dans tout l'est du Québec.

Annexe 1 : Axes structurant et orientations prioritaires en cancérologie 2023-2030

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE CANCÉROLOGIE



LA MISSION

Au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Programme québécois de cancérologie a comme mandat d'orienter, de coordonner et d'évaluer l'action gouvernementale visant à diminuer le fardeau du cancer au Québec.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

1. Une approche centrée sur les besoins de la personne
2. Des communications efficaces
3. La qualité
4. Le développement des connaissances
5. Une gouvernance et un réseau forts
6. La collaboration
7. La mesure des résultats

LES ENJEUX

- La croissance exponentielle des connaissances
- Le virage moléculaire
- La formalisation des processus et la standardisation des pratiques
- La pertinence, l'accessibilité, la qualité et l'équité des soins
- Les délais et la pénurie de main-d'œuvre

LES PISTES D'ACTION

- Le partenariat avec les personnes ayant un diagnostic de cancer
- L'évolution du dépistage des cancers
- Les guichets d'investigation rapide
- Un réseau intégré et hiérarchisé
- Le travail des équipes interprofessionnelles, les services de première ligne et le réseautage tout au long de la trajectoire
- La télésanté et les communications
- La mesure des expériences et des résultats
- Des données et résultats à jour accessibles à tous

LES PARTENARIATS. GAGE DE QUALITÉ EN CANCÉROLOGIE

Les partenariats sont indispensables pour offrir des soins de qualité tout au long de la trajectoire. La personne touchée par le cancer doit être au cœur des décisions et une collaboration intersectorielle incluant tous les partenaires travaillant au sein et hors du milieu hospitalier doit être coordonnée et complémentaire. Les services de première ligne, les organismes communautaires, l'équipe médicale, les patients et les proches sont essentiels dans la prise en charge du cancer.

LES AXES STRUCTURANTS ET LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES EN CANCÉROLOGIE 2023-2030



ANNEXE 2 : RAPPORT D'ACTIVITÉS DES CDTC DU CHU

2023

CDTC	Nb cas	Nb rencontres en 2023
Dermato-oncologie	88	11
Digestif	243	50
Digestif colorectal	569	51
Gynéco-oncologie	535	50
Hépatobiliaire	459	49
Hypophyse	38	7
Leucémie aigue-grefe	54	24
Lymphome	190	47
Musculo-MSK	137	47
Myélome	82	25
Neuro-onco	58	38
ORL HDQ	423	51
ORL HEJ	518	50
Oto-neuro	218	10
Pédiatrie	29	25
Sein - CMS	533	45
Sein régional	24	12
Surrénales	49	6
Thyroïde	284	12
Uro-oncologie	214	47
Vertébrale spinale	29	10
Total	4774	667

ANNEXE 3 : MANDAT DU COMITÉ DE GESTION

Mandat du comité de gestion du Programme de cancérologie du CHU de Québec – UL 2024

CO-PRÉSIDENTS	<p>Cogestionnaire clinico-administrative du Programme de cancérologie</p> <p>Cogestionnaire médicale du Programme de cancérologie</p>
COMPOSITION	<p>Équipes par siège tumoral – Cogestionnaires médicale et administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digestif haut • Colorectal • Hépto-biliaire • Gynécologie • Poumon • Neurologie • Pédiatrie • Sein • Tête et cou • Thyroïde • Urologie • Cutané • Cancers hématologiques et greffe de moelle osseuse • Ophtalmo-oculaire • Musculo-squelettique <p>Équipes transversales – Cogestionnaires médical et administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentisterie – Épithésie • Psycho-oncologie • Radio-oncologie • Hémato-oncologie • Soins palliatifs • Oncogériatrie • Oncogénétique <p>Autres participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Représentant médical de la chirurgie oncologique • Adjointe à la directrice de chirurgie – volet trajectoires • Représentant de la Direction des services multidisciplinaires • Représentant pharmacie oncologique • Représentant DSI (IPA onco) • Chef de service accès cancérologie – volet trajectoires • Chef de service des réseaux en cancérologie, du registre en cancérologie et de l'implication des patients partenaires en cancérologie • Directrice de la cancérologie • Coordinatrice de la cancérologie

	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant de l'imagerie médicale (ajuster le titre d'emploi) • Représentant de l'endoscopie digestive • Représentant de la recherche (axe-onco) <p>Participants AD HOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Représentant du service de pathologie • Représentant des patients partenaires • Représentant de la Direction performance
<p>MANDAT/FONCTION</p>	<p>La gouverne en cancérologie, avec un fonctionnement en cogestion, assure une concertation et coordination efficiente des activités en cancérologie de l'établissement.</p> <p>Afin de répondre à ces objectifs, et en cohérence avec les mandats stipulés par le Programme québécois de cancérologie du MSSS (PQC) les responsabilités du comité de gestion du Programme de cancérologie sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être un lieu de partage et d'identification des préoccupations des équipes interdisciplinaires; • Collaborer avec le comité exécutif de coordination à l'identification des actions prioritaires du Programme de cancérologie de l'établissement qui assurent à la population desservie des soins et des services accessibles, de qualité et continus; • Mettre en place les actions prioritaires identifiées conjointement avec le comité exécutif de coordination; • Faire le suivi des trajectoires des soins des populations desservies; • Faire le suivi de la performance des actions prioritaires identifiées; • Effectuer la liaison avec le Programme québécois de cancérologie du MSSS. <p>Le comité de gestion du Programme cancérologie répond au comité exécutif de coordination du Programme de cancérologie et au CMDP du CHU de Qc-UL.</p>
<p>MODE DE FONCTIONNEMENT</p>	<p>Le comité de gestion se réunit au moins 4 fois par année. Un calendrier de rencontres est déposé à chaque début d'année. Pour chaque rencontre, un ordre du jour et un compte rendu seront produits. Un rapport annuel des activités sera également rédigé et déposé au comité exécutif de coordination et au CMDP.</p> <p>Des recommandations pourront être adressées au comité exécutif de coordination du Programme de cancérologie du CHU de Québec.</p> <p>Le quorum est de 50%, comptabilisé dès l'ouverture de la séance.</p>

ANNEXE 4 : MANDAT DU COMITÉ EXÉCUTIF

Mandat du Comité exécutif du programme de cancérologie 2024

(Comité de coordination CHU de Québec-UL)

RESPONSABLES	Directrice de la cancérologie : Maria-Gabriela Ruiz Mangas Directeur des services professionnels : D ^r Julien Clément
MANDAT	<p>Le comité exécutif du programme de cancérologie est l'instance stratégique responsable d'assurer une coordination cohérente du programme de cancérologie de l'établissement. Pour cela, il a le mandat de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer le programme de cancérologie de l'établissement en fonction des orientations ministérielles et de la planification stratégique de l'établissement et en assurer l'approbation par le comité clinique stratégique ; ▪ Définir les priorités d'action de l'établissement dans toutes les dimensions de la cancérologie, incluant la recherche ; ▪ Réviser et attribuer les rôles dans le déploiement optimal de l'offre de service et de soins (trajectoire); ▪ Contribuer à la répartition des ressources en cancérologie afin d'assurer l'efficacité et l'efficience; ▪ Veiller à la présence et à l'attribution équitable des ressources médicales et professionnelles; ▪ S'assurer de l'accès, la continuité et la sécurité des soins et services; ▪ Assurer une vigie des résultats obtenus des différents indicateurs et poser les actions nécessaires afin d'en réduire les écarts; ▪ Favoriser la communication entre les partenaires, les membres du réseau régional et provincial de cancérologie, les équipes de cancérologie de l'établissement et les patients.
COMPOSITION	<p>Co-gestionnaire médicale du programme de cancérologie : D^{re} Isabelle Germain Co-gestionnaire administrative du programme de cancérologie : Jackie Chouinard (i) Coordonnatrice de la cancérologie : Sonya Deraspe</p> <p>Chef du service de radio-oncologie : D^r Jean Archambault Chef du service d'hémo-oncologie : D^r Jean-Francois Larouche (D^r Vincent Castonguay) Représentant chirurgien oncologue : D^r Jean-Francois Ouellet Représentant du CMS : D^{re} Brigitte Poirier</p> <p>Directrice des soins infirmiers : M^{me} Brigitte Martel</p> <p>Et invités selon le besoin dont : Directeur chirurgie - Directeur imagerie – Directeur laboratoire – Directeur recherche – Chef de département de pharmacie</p>
MODE DE FONCTIONNEMENT	<p>Le comité exécutif du programme de cancérologie se réunit 4 à 5 fois par année. Un calendrier de rencontres est établi. Les rencontres auront lieu par l'application Teams.</p> <p>Le comité exécutif relève du Comité clinique stratégique (CCS)</p> <p>Le lien avec les équipes du programme de cancérologie est fait via le Comité de gestion du programme de cancérologie.</p>

ANNEXE 5 – PLAN D’ACTION DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE 2024-2026

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
Document interne à l'usage exclusif de l'établissement Approuvé par le Comité clinico stratégique du CHU de Québec-Université Laval (2024-06-06)									
AXE 1. La participation active de la population et des personnes touchées par le cancer 1.1 Assurer l'accès à des informations sur le cancer destinées à la population 1.2 Impliquer la personne atteinte dans les décisions concernant ses soins 1.3 Intégrer des personnes touchées par le cancer dans les structures de gouverne du programme de cancérologie 1.4 Développer la fonction « patient accompagnateur» à toutes les étapes de la trajectoire 1.5 Documenter et analyser des expériences par les patients dans le processus de planification et d'amélioration de la qualité et la pertinence de l'offre de soins et services 1.6 Adapter l'offre de soins et services en cancérologie aux réalités et besoins des différentes personnes touchées par un cancer									
1-1	1.3 7.1	Intégrer des PTC au sein du Programme de cancérologie des établissements	- Création d'une communauté patients partenaires dans l'établissement - Avoir nommé un patient partenaire sur le comité national des PTC - Taux de participation à 80 % et plus aux rencontres locales de gestion - Taux de participation à 80 % et plus aux rencontres locales de coordination	- Taux de participation aux rencontres nationales - Taux de participation aux rencontres de coordination (comité régional de cancérologie) - Taux de participation aux rencontres de gestion locales (comité gestion programme de cancérologie CHU-UL)	Direction cancérologie Co gestionnaire médicale programme cancérologie	Direction qualité - évaluation et de l'éthique / Bureau expérience patient Comité régional de cancérologie de la CN	X		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
1-2	1.4	Rendre accessible une offre de soutien à la clientèle par des patients accompagnateurs	Offre de service structurée de patients accompagnateurs pour la clientèle cancer du sein	Nombre de patients accompagnés par un patient accompagnateur dans la trajectoire de cancer du sein	Direction oncologie	Direction qualité - évaluation et de l'éthique / Bureau expérience patient Comité régional de cancérologie de la CN	X		
1-3	1.5 4.2	Intégrer une mesure de l'expérience patient selon un processus systématique la trajectoire de cancérologie	Mesure de l'expérience patient intégrée de façon systématique de façon continue	- Taux cumulé des avis positifs sur expérience globale - Taux cumulé des avis positifs sur la qualité perçue des soins et services	Direction oncologie	Direction qualité - évaluation et de l'éthique / Bureau expérience patient	X		

AXE 2. La promotion des saines habitudes de vie et la prévention

- 2.1 Soutenir le déploiement de diverses activités de promotion des saines habitudes de vie en vue de favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif
- 2.2 Soutenir la mise en oeuvre d'interventions de prévention du tabagisme auprès des jeunes et d'interventions de soutien à l'arrêt tabagique adaptées aux différentes clientèles
- 2.3 Déployer des campagnes de sensibilisation quant aux risques associés à l'usage de substances psychoactives
- 2.4 Déployer des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques environnementaux associés au développement de certains cancers
- 2.5 Systématiser les interventions visant la promotion de saines habitudes de vie auprès des personnes avec un diagnostic de cancer

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
2-1	2.2 2.5 7.5	Élaborer un plan de formation afin de sensibiliser les professionnels de la santé sur l'abandon tabagique (par exemple en suivant les modules de formation en prévention clinique Tabagisme chez l'adulte – Counseling et Pharmacothérapie sur l'ENA)	100 % du plan de formation en abandon tabagique pour les professionnels de oncologie est élaboré et débuté	Nombre et pourcentage de professionnels en oncologie ciblés dans le plan de formation ayant été formés en abandon du tabagisme	Co gestionnaire administrative et médicale de l'équipe cancer du poumon (sous Direction services multidisciplinaire)	Santé publique / CIUSSS CN Direction oncologie Direction soins infirmiers		X	
2-2	2.5 2.2	Mettre en place une offre de service organisée de détection des fumeurs et d'intervention en cessation tabagique pour les patients et leurs proches pour au moins un secteur ou la clientèle en oncologie (guichets d'investigation, clinique ambulatoire, radio-oncologie, etc.)	Protocole d'identification des fumeurs et d'intervention en cessation tabagique déployé dans le guichet d'investigation en cancer pulmonaire	- Nombre de patients ayant été référés pour une intervention en cessation tabagique - Proportion de patients référés qui ont bénéficié d'une intervention en cessation tabagique (indicateur souhaité) - Taux d'arrêt tabagique à la suite de l'intervention (indicateur souhaité)	Co gestionnaire administrative et médicale de l'équipe cancer du poumon (sous Direction services multidisciplinaire)	Santé publique / CIUSSS CN Direction soins infirmiers Partenaire communautaire à identifier		X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
2-3	2.4	Réaliser un portrait du cancer sur le territoire de l'établissement qui inclut une description des expositions environnementales potentiellement associées au cancer	<i>Cible à convenir avec la Direction générale de la santé publique du MSSS</i>	<i>Indicateur à convenir avec la Direction générale de la santé publique du MSSS</i>	Comité régional de cancérologie de la CN: direction santé publique et programmes de cancérologie des 3 établissements de la région (CHU-IUCPQ-CIUSSCN)	PQC Direction générale de la santé publique du MSSS		X	
<p>AXE 3. La détection précoce des cancers</p> <p>3.1 Assurer la disponibilité de programme de dépistage des cancers systématiques et organisés</p> <p>3.2 Faciliter l'accès au dépistage des cancers</p> <p>3.3 Optimiser la contribution des différents professionnels dans les trajectoires de dépistage des cancers</p> <p>3.4 Assurer la communication efficace des informations sur les tests de dépistages et les trajectoires à suivre selon les résultats reçus ou jusqu'à l'obtention de ceux-ci</p> <p>3.5 Favoriser la prévention et la détection précoce des séquelles tardives et des cancers secondaires auprès des personnes traitées pour un cancer</p>									
3-1	3.2 4.1 4.4	Mettre en place un guichet d'accès en endoscopie selon le modèle du PQC afin d'améliorer la pertinence et de faciliter l'accès à la coloscopie chez la clientèle nécessitant un dépistage par coloscopie ou présentant des résultats positifs de	- Avoir réalisé cartographie trajectoire cancer colorectal (24-25) - Mise en place guichet d'accès en endoscopie en place avec tandem infirmière/agente administrative - Moins de 10 % des requêtes en attente P3 sont hors délai - Moins de 10 % des	- Pourcentage de prise en charge, dans un délai de 60 jours, des coloscopies de priorité 3 - Pourcentage de prise en charge, dans un délai de 6 mois, des coloscopies de priorité 4 - Pertinence des	Direction services ambulatoire spécialisés Direction cancérologie Équipe médicale	Direction qualité - évaluation et de l'éthique / Bureau expérience patient	trajectoire cancer colorectal (dépistage à traitement)	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
		dépistage au cancer colorectal	requêtes en attente P4 sont hors délai	examens réalisés (indicateur à développer)					
3-2	3.1	Mettre en place les étapes de déploiement du test de VPH comme test de dépistage de première intention en remplacement du PAP test pour le cancer du col utérin selon le calendrier établi par le MSSS	Avoir réalisé les travaux préparatoires et débuté le déploiement selon le calendrier du MSSS	État d'avancement de la réalisation des étapes préalables au déploiement du test VPH	Direction Optilab Direction mère enfant Équipes médicales	Direction oncologie CIUSSS-CN		X	
3-3	3.2 3.3	Mettre en place une offre de service élargie pour le dépistage des cancers par le biais des points de service locaux (PSL)	- Au moins un point de service local (PSL) par établissement a une offre des services de dépistage de cancer colorectal et du col utérin - Assurer connaissance des PSL dans le CHU	- Taux de couverture à 24 mois du dépistage du cancer colorectal - Nombre de PSL qui déploient l'offre de service de dépistage du cancer colorectal et du col utérin	Direction oncologie	Direction services ambulatoires spécialisés Direction mère enfant		X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
3-4	3.1 3.2	Débuter dans chaque établissement une offre de service du dépistage du cancer du poumon pour la clientèle admissible	Au moins une installation offre la TAFD pour le dépistage du cancer du poumon	- Nombre de TAFD réalisées - Nombre de requêtes en attente depuis plus de 3 mois	Direction des services multidisciplinaires Direction imagerie	Direction oncérologie		X	
3-5	3.4	Débuter l'implantation des rapports synoptiques provinciaux standardisés en lien avec le dépistage (rapports de coloscopie, rapport de colposcopie, rapport TAFD)	Déploiement des rapports selon le calendrier du MSSS	Déploiement des rapports synoptiques pour la colposcopie, colonoscopie et TAFD selon le calendrier de déploiement du MSSS	Direction Optilab (coloscopie, colposcopie) Direction imagerie (TAFD)	DRI Direction oncérologie		X	
3-6	3.3 3.1 3.4 7.5	Revoir le rôle des professionnels dans les CCSR afin d'y intégrer la prise en charge de nouveaux programmes de dépistage structurés à la suite de la mise en disponibilité du système d'information des dépistages de cancer	Prise en charge de la coordination d'au moins un nouveau programme de dépistage	Nombre de programme de dépistage pris en charge par le CCSR (programme dépistage cancer colorectal)	Direction oncérologie	Direction services ambulatoires spécialisés (colorectal) Direction service multidisciplinaire (poumon) Comité régional de cancérologie CN		X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
3-7	3.3 4.2	Compléter le déploiement de la trajectoire pour mammographie de dépistage anormale	Trajectoire mammaire déployée à 100 %	Délai post mammographie anormale jusqu'à la biopsie (pour la clientèle du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS))	Sous-comité régional de dépistage et investigation cancer du sein	LIMs	X		COMPLÉTÉ
<p>AXE 4. Une investigation rapide fondée sur la pertinence</p> <p>4.1 Définir des algorithmes et instaurer des trajectoires d'investigation optimales pour établir le diagnostic des cancers les plus fréquents, complexes ou rares</p> <p>4.2 Soutenir l'implantation de guichets d'investigations rapide en oncologie dans tous les établissements</p> <p>4.3 Outiller la première ligne pour favoriser une investigation efficace des symptômes et signes vagues de cancer en complémentarité avec les guichets</p> <p>4.4 Améliorer les délais d'accès aux examens et à leurs résultats en fonction des cibles établies</p> <p>4.5 Assurer un accès équitable, standardisé et en temps opportun aux analyses moléculaires à visée pronostique et thérapeutique</p>									
4-1	4.2 5.1	Déployer l'approche par guichet d'investigation rapide pour les quatre principaux sièges de cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser les activités du guichet d'investigation pour le cancer pulmonaire - Réaliser la cartographie cancer colorectal -Évaluer besoin d'ajustement trajectoire cancer du sein et besoin de guichet 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients ayant bénéficié du soutien d'un guichet - Délai moyen entre le premier résultat anormal et le plan de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Co gestionnaires administratives et médicales du siège tumoral poumon (sous Direction services multidisciplinaire) Direction services ambulatoires spécialisés (cancer colorectal) Direction oncologie (cancer du sein) 	Direction oncologie DRI	X (poumon)	X (sein, colorectal)	COMPLÉTÉ pour la prostate

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
CHU	4.2 5.1	Déployer l'approche par guichet d'investigation rapide pour les clientèles de gynéco-oncologie et d'ORL	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités d'un guichet d'investigation sont débutées pour le siège tumoral gynéco-oncologie - Les activités d'un guichet d'investigation sont débutées pour le siège tumoral ORL 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients ayant bénéficié du soutien d'un guichet - Délai moyen entre le premier résultat anormal et le plan de traitement 	Direction cancérologie Équipes médicales	DRI	X		
4-2	4.4 4.5 5.1 5.3	Optimiser la trajectoire clinique d'accès au séquençage à haut débit ou next-generation sequencing (NGS) et aux tests compagnons qui sont nécessaires et préalables à la prescription de certains médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Avoir réalisé l'analyse de la trajectoire du prélèvement du spécimen jusqu'à la transmission du rapport de pathologie au médecin référent - Avoir un plan d'amélioration pour la trajectoire clinique d'accès au séquençage à haut débit ou next-generation sequencing (NGS) et aux tests compagnons qui sont nécessaires et préalables à la prescription de certains médicaments 	Mesure du temps réponse des analyses de pathologie moléculaire	Direction Optilab	Direction de la biovigilance et de la biologie médicale du MSSS Réseau québécois de diagnostic moléculaire (RQDM)	X	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
<p>AXE 5. Des traitements efficaces, pertinents et innovants</p> <p>5.1 Offrir un accès équitable et en temps opportun aux traitements contre le cancer</p> <p>5.2 Améliorer la capacité de traitement par des stratégies de planification efficaces, en repensant les façons de faire et en encourageant les pratiques novatrices</p> <p>5.3 Soutenir l'introduction structurée d'innovations thérapeutiques et en mesurer les bénéfices et la valeur en contexte réel de soins</p> <p>5.4 Encourager la pertinence par le déploiement de modèles de prestation de soins et de services personnalisés</p> <p>5.5 Assurer une offre de soins et services hiérarchisée, fluide et intégrée dans le continuum de soins par siège tumoral</p>									
5-1	5.1 5.2	Viser l'atteinte de la cible d'accessibilité à la chirurgie oncologique inscrite au Plan stratégique du MSSS	Cibles locales : 85% des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours en 2024-2025 85% des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours en 2025-2026	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	Direction chirurgie périopératoire	Co gestionnaires du programme de cancérologie Direction des services chirurgicaux du MSSS	X	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
5-2	5.1 8.3	Automatiser la compilation des indicateurs aux services ambulatoires de thérapies systémiques intraveineuses (consultation et traitement) et fournir les données au MSSS dans les délais et le format attendus.	Rapports des indicateurs d'accès aux services ambulatoires de thérapies systémiques intraveineuses (consultation et traitement) automatisés et conformes transmis 3 semaines après la fin de la période Trajectoire d'accès aux traitements systémiques intraveineux optimisée pour tenir compte des cibles de délais et du temps raisonnable requis par chaque professionnel aux différentes étapes.	Proportion des consultations réalisées à l'intérieur de 10 jours Proportion des traitements débutés à l'intérieur de 28 jours	Direction cancérologie	DPCO	X	X	
5-3	5.2 5.4 5.5	Identifier et mettre en œuvre des stratégies visant à dégager de la capacité dans les cliniques ambulatoires de traitements systémiques	-Portrait de la situation (offre vs demande) réalisé - Administrer les traitements pertinents en sous-cutané - Avoir un algorithme décisionnel de priorisation des clientèles des plateaux techniques d'hémo-oncologie - Identifier plan de contingence régional	Nombre de stratégies identifiées, partagées au réseau et mises en œuvre Estimation de la capacité dégagée: comparaison des minutes traitements par jour avant-après	Direction cancérologie Équipe médicale	Département de pharmacie Comité régional de cancérologie CN		X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
5-4	5.1 8.3	Adapter la mesure de l'accès en radio-oncologie pour y intégrer la priorité clinique	Rapports automatisés et conformes transmis dans les délais prescrits	Proportion des traitements débutés à l'intérieur du délai associé à leur priorité clinique	Direction cancérologie	DPCO	X		80%
5-5	5.2 5.3	Encourager le déploiement de l'hypofractionnement en radio-oncologie en fonction des données probantes disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - 70 % des plans de traitement pour métastases osseuses sont réalisés en 1 fraction - Proportion des plans de traitement en cancer du sein réalisés en 5 fractions selon la cible établie (à déterminer par le Comité national de radio-oncologie) - Technique d'hypofractionnement pour le cancer de la prostate déployée (à la suite de l'avis de l'INESSS) 	Pourcentage des plans de traitement réalisés selon le fractionnement recommandé	Direction cancérologie Équipe médicale	DPCO	X		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
5-6	5.5 7.2	Actualiser l'offre de service en fonction des critères de désignation, des corridors et des trajectoires pour les réseaux consacrés à un siège tumoral ou selon une thématique particulière : - Sein - ORL - Pédiatrie - Oncogénétique	Sein : Offre de service adéquate en chirurgie plastique selon les bonnes pratiques / Amélioration des délais de reconstruction Amélioration des délais de pathologie pour la clientèle du Saguenay Lac St-Jean ORL : Analyse de l'offre de service locale réalisée Pédiatrie : Analyse de l'offre de service dans les établissements et désignations formalisées (proposition soumise pour approbation par le PQC)	Taux de conformité aux critères selon la désignation attribuée	Direction de cancérologie et Direction mère-enfant	DCOSAS	X (Sein - ORL- oncogénétique)	X (pédiatrie)	
5-7	5.5 7.3	Réviser l'offre de service (trajectoires de soins et corridors de services) en cancers hématologiques complexes et thérapie cellulaire	Cartographie réalisée et corridors de services formalisés en cancers hématologiques complexes et en thérapie cellulaire	Proportion des références qui respectent les cibles établies de corridors de services	Direction de cancérologie Équipe médicale	DSP	X (cartographie)	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
5-8	5.4 7.3	Réaliser un suivi annuel des activités des comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)	Rapport bisannuel rédigé et transmis au PQC	1- Fréquence des réunions 2- Taux de participation, par type de spécialiste, au CDTC 3- Nombre de cas discutés par année par siège tumoral 4- Taux de participation des médecins référents au CDTC 5- Énumération des travaux visant l'élaboration ou la révision des critères de discussion en CDTC et des algorithmes de traitement réalisés dans les 2 dernières années	Co gestionnaires du programme de cancérologie en cogestion avec responsable médical des CDTC		X	X	
CHU	5,5 7,2	Réviser la trajectoire de chirurgie thoracique pour le CHU dans le cadre des travaux régionaux	Avoir une trajectoire accessible et claire pour les patients nécessitant chirurgie thoracique	Nombre de patients suivis au CHU ayant bénéficié de la trajectoire avec chirurgie thoracique	Co gestionnaires médicales du cancer du poumon Direction cancérologie	IUCPQ - Centre de référence cancer poumon	x		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
CHU	5,4 7,2	Réviser la trajectoire des biomarqueurs pour cancer du sein et du poumon	Avoir une trajectoire accessible et claire	Nombre de patients ayant bénéficié de cette trajectoire Délais de traitement et réception des biomarqueurs pour cancer du sein et du poumon	Direction Optilab	Centres partenaires du Réseau de l'Est du Québec	x		
CHU	5,4	Mettre en place un dépistage systématique de la fragilité gériatrique dans au moins 2 sièges tumoraux	100% des patients ayant les critères sont dépistés pour la fragilité gériatrique 100% des patients fragiles sont référés en onco-gériatrie dans les sièges tumoraux ciblés	Pourcentage des patients dépistés dans les sièges tumoraux ciblés Pourcentage des patients fragiles référés en onco-gériatrie	Direction de cancérologie Équipe médicale oncogériatrie	CIUSSS CN		X	
CHU	5,2	Réviser les pratiques en soins infirmiers en vue de la fusion des unités de soins au NCH bâtiment soins critiques	100% des méthodes de soins, ordonnances collectives et procédures répertoriées 90% de l'harmonisation complétée	Nombre de méthodes de soins Nombre d'ordonnances collectives	Direction cancérologie	Direction soins infirmiers Pharmacie	X	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
CHU	5,3	Débuter l'offre de service de CAR-T CELL en externe	Trajectoire de CAR-T externe avec suivis virtuels mis en place pour les patients de BMS 3ième ligne (répondants aux critères établis pour la trajectoire en externe) et YESCARTA 2ième et 3ième ligne (répondants aux critères établis pour la trajectoire en externe)	Nombre de patients CAR-T éligibles en externe Nombre de patients CAR-T traités en externe Durée moyenne de séjour sur les unités d'HO des patients en externes	Direction oncologie	Pharmacie Direction soins infirmiers Direction soins critiques Direction de la fluidité		X	
CHU	5,3	Mettre en service l'appareil IRM-Linac	Mise en fonction de l'appareil IRM Linac	Nombre de patients traités en IRM Linac	Direction oncologie Équipe médicale	Direction services techniques	x		
CHU	5,3	Mettre en service le cyclotron	Mise en fonction du cyclotron	Nombre de traitements produits par le cyclotron	Direction oncologie	Direction adjointe imagerie		x	

AXE 6. La prestation de soins et services de soutien tout au long de la trajectoire

6.1 Assurer l'accès aux services de soutien requis par la personne atteinte et ses proches

6.2 Intégrer de façon précoce, et tout au long de la trajectoire en oncologie, une gestion efficace des symptômes, des soins palliatifs et des soins de fin de vie, lorsque requis

6.3 Optimiser l'implication des services de première ligne, des organismes communautaires et des autres partenaires dans la planification des soins et services ainsi que dans la prestation de l'offre de services

6.4 Soutenir les personnes lors des moments de transition, notamment après un cancer

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
6-1	6.1 6.2	Définir l'offre de service et la trajectoire de réponse suivant la détection de la détresse (besoins biopsychosociaux) d'une personne	Cartographie des services en fonction de la trajectoire réalisée	Proportion des besoins biopsychosociaux pour lesquels une trajectoire de réponse est établie	Direction cancérologie	Direction services multidisciplinaire		X	
6-2	6.3	Mettre en œuvre des modèles de partenariat entre les établissements et les organismes communautaires	Avoir mis en œuvre au moins un modèle de partenariat entre l'établissement et un organisme communautaire en cancérologie	Nombre de modèles de partenariat entre l'établissement et les organismes communautaires développés	Direction cancérologie	Comité régional de cancérologie CN	X		
6-3	6.4 1.1 1.2	Déployer les outils cliniques élaborés dans le cadre du projet « La Vie après un cancer », afin d'assurer des mécanismes de détection et d'évaluation des besoins des patients à la fin des traitements en fonction du risque	Avoir déployé au moins un des outils de la trousse « La Vie après un cancer » chez la clientèle cancer du sein par le biais du projet Continuum partole onco	Nombre d'outils déployés de la trousse « La Vie après un cancer » par établissement	Direction cancérologie	Direction de la recherche		X	
CHU	6,1 5,1 5,2	Mettre en place un fonctionnement efficace de télé-médecine entre l'équipe d'HO et la clientèle de la région de Sept-îles	100% des patients de Sept-îles reçoivent les services de l'équipe d'HO CHU Les rendez-vous de premières visites de Sept-îles sont intégrés à la liste d'attente du CHU de Québec-UL	Délais de première visite équivalents pour les patients de Sept-îles que ceux du CHU de Québec	Direction cancérologie Équipe médicale	CISSS de la Côte-Nord	X		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
			(en télé-médecine ou en personne selon le cas)						
CHU	6,1	Mettre en place la ligne INFO-ONCO	Avoir établi la trajectoire d'appels à la ligne INFO-ONCO Avoir débuté le projet pilote de la ligne INFO-ONCO	Nombre d'appels reçus Nombre de patients référés à l'urgence après consultation à la ligne INFO-ONCO Nombre de patients vus au SIRO après consultation à la ligne INFO-ONCO	Direction oncologie Co-gestionnaire programme oncologie	Direction soins infirmiers Direction soins critiques Pharmacie Direction adjointe à la fluidité		X	
CHU	6,1	Déployer une trajectoire pour la prise en charge neutropénie fébrile en clinique ambulatoire	100% des patients avec neutropénie fébrile sont gérés en clinique externe plutôt qu'à l'urgence	Nombre de patients vus en clinique externe pour neutropénie fébrile Nombre de patients vus à l'urgence pour neutropénie fébrile	Direction oncologie Équipe médicale	Direction soins critiques	X		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
<p>AXE 7. Un réseau hiérarchisé et intégré pour des soins et des services de qualité et une évolution des pratiques</p> <p>7.1 Réaffirmer le rôle et le leadership des programmes de cancérologie dans l'ensemble du continuum d'offre de soins et services de l'établissement</p> <p>7.2 Poursuivre le déploiement et le fonctionnement du modèle d'organisation et d'animation en réseau consacré à un siège tumoral ou à une thématique particulière</p> <p>7.3 Assurer une coordination et une collaboration inter établissements pour maintenir un accès équitable pour tous</p> <p>7.4 Soutenir les professionnels dans leur travail avec des communautés de pratique dynamiques</p> <p>7.5 Optimiser la contribution des différents professionnels tout au long de la trajectoire de soins</p> <p>7.6 Favoriser l'attractivité et la rétention des différentes professions en cancérologie</p>									
7-1	7.1	S'assurer d'une gouverne en cancérologie conforme aux orientations ministérielles dans les établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Gouverne conforme aux attentes signifiées par le MSSS en termes de : - Positionnement dans l'organigramme - Activités de coordination et de concertation - Implication des responsables du secteur adulte et pédiatrique lorsqu'applicable 	<p>Nombres de rencontres du Comité de coordination et du Comité de gestion</p> <p>Niveau d'appréciation du mode de fonctionnement des comités par les membres</p>	Direction de cancérologie Co-gestionnaire médicale du programme	PDGA	X	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
7-2	7.2 7.4	Assurer l'animation, le déploiement et la pérennité pour les réseaux par siège tumoral ou par thématique	Dépôt d'un plan d'action et d'un bilan sur 2 ans en lien avec les priorités ministérielles, en complément au plan d'action en oncologie	Nombre d'activités de concertation intraréseau réalisées avec les établissements partenaires Taux d'atteinte des cibles du plan d'action réseau Nombre d'activités de communication sur les retombées des réseaux auprès du PQC et du réseau de oncologie du Québec/Comité national de coordination (RCQ/CNC) réalisées	Direction oncologie	Établissements partenaires	X		

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
7-4	7.4 7.5	Diffuser et implanter les outils standardisés, développés au niveau national, soutenant la pratique exemplaire des professionnels oeuvrant en oncologie : 1) Poursuivre la réalisation des audits sur l'administration des agents antinéoplasiques par voie intraveineuse deux fois par année 2) Favoriser l'utilisation par les équipes de formulaires d'ordonnances et autres outils pharmaceutiques associés aux thérapies adultes en oncologie développés dans le cadre du projet provincial Oncollabore	1) Audit réalisé et déposé dans les délais 2) Adoption des outils pharmaceutiques provinciaux (Oncollabore)	1.1) Nombre d'établissements ayant réalisé les audits sur l'administration des agents antinéoplasiques par voie intraveineuse 2 fois par année 1.2) Capacité de réaliser l'audit dans les délais 2) Nombre d'ordonnances standardisées issues du projet Oncollabore adoptées par l'établissement	Direction soins infirmiers Pharmacie	Direction oncologie	X	X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
7-5	7.5 5.4 5.5	Formaliser la trajectoire des patients sous médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale (MAVO) en tenant compte des orientations ministérielles	Trajectoire développée ou ajustée à la suite de la publication du cadre MAVO	Proportion de patients dont l'évaluation en lien avec l'initiation d'une thérapie sous MAVO a été effectuée en établissement	Pharmacie	Pharmacies communautaires		X	
7-6	7.6 5.3	Faire connaître et soutenir le rayonnement des activités novatrices et des réussites des professionnels en oncérologie	Mécanisme formalisé et établi pour reconnaître et communiquer les activités novatrices	Nombre d'activités novatrices réalisées par les professionnels en oncérologie de l'établissement ayant fait l'objet d'une communication (congrès, webinaire, infolettre, etc.)	Direction cancérologie	Direction des communications		X	
CHU	7,3	Harmoniser le processus de référence et de prise en charge pour la clientèle d'oncogénétique	Un seul point de chute pour les références de même clientèle Trajectoire clinique identique pour les mêmes clientèles peu importe le site	Nombre de référence reçues en doublon Niveau de satisfaction de la clientèle	Direction de cancérologie Direction de pédiatrie Équipe médicale			X	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
AXE 8. La surveillance de l'état de santé de la population en regard du cancer et l'analyse de la performance du réseau de cancérologie 8.1 Consolider le développement du Registre québécois du cancer 8.2 Rassembler dans un environnement informationnel des informations nécessaires pour décrire et apprécier l'ensemble des soins et service en cancérologie 8.3 Optimiser la production et la diffusion d'information pertinente en cancérologie									
8-1	8.1	Transmettre, par les RLC, des informations minimales sur les nouveaux cas de cancer dans les 6 mois suivant le diagnostic et des informations complètes 12 mois après la fin de l'année, dans le respect des normes et des bonnes pratiques des registres	<ul style="list-style-type: none"> - Informations minimales sur les nouveaux cas de cancer transmises dans les 6 mois suivant la fin de l'année - Informations complètes fournies 12 mois après la fin de l'année - Chaque RLC respecte le Guide des bonnes pratiques des registres - 100 % des bonnes pratiques du Guide sont respectées par l'établissement (RLC) 	Délai de transmission Proportion des bonnes pratiques mises en place par l'établissement (Guide à venir)	Direction de cancérologie		X (Données complètes 2023 transmises au 31 décembre 2024)	X (Données minimales 2024 transmises au 30 juin 2025 et données complètes au 31 décembre 2025) X (Respect des normes et du Guide pratique)	

NUMÉRO	ORIENTATIONS PRIORITAIRES	ACTIONS	CIBLES	INDICATEURS SUGGÉRÉS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	2024-2025	2025-2026	ÉTAT D'AVANCEMENT
8-2	8.1	Consolider l'équipe des archivistes/registraires afin d'assurer un service en continu et le respect des normes et des délais	Cible locale : Présence d'une équipe (archivistes/registraires en oncologie) au sein de chaque RLC	Délai de transmission Nombre d'ETC Ratio d'heures travaillées par cas déclaré	Direction de cancérologie		X		
8-3	8.2	Inclure de nouvelles données pertinentes et de qualité dans la trajectoire de soins en cancérologie dans une approche de valorisation des données	1) Projet de démonstration visant à évaluer la faisabilité d'ajouter des données sur le cancer colorectal au RQC débuté 2) 100 % des données supplémentaires des registres locaux des établissements de référence (ayant des équipes suprarégionales) relatives à au moins un siège sont identifiées, colligées et partagées avec le MSSS et les autres établissements concernés dans le cadre des travaux des comités nationaux (premier siège ciblé : ORL)	1) État d'avancement du projet de démonstration 2) Pourcentage des données : - identifiées - colligées - partagées	1) Établissements (Nord-de-l'Île, Est-de-l'Île, Centre-Sud, Laval, Laurentides, Lanaudière, CHUM) 2) Établissements de référence (Équipes suprarégionales)	PQC	X		

Légende		
	En contrôle	Est réalisée selon les échéanciers, le budget et la qualité
	À surveiller	Risque de retard : ressource non accessible ou contrainte
	En difficulté	Arrêt des travaux ou incapacité à démarrer le projet

BIBLIOGRAPHIE

Comité consultatif sur le cancer. (1997). *Programme de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat. (2021). *Cadre de référence sur l'approche de partenariat avec nos usagers : Promouvoir une culture axée sur le partenariat avec nos usagers et leurs proches*. Québec: CHU de Québec-Université Laval.

Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval. (2023). *Rapport annuel 2022-2023*. Québec. CHU. (2024, 06 18). *Délais en cours pour un examen d'imagerie diagnostique*. Récupéré sur CHU de Québec-Université Laval: <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/performance-et-statistiques/delais-en-cours-pour-un-examen-d%E2%80%99imagerie-diag-1.aspx>

Health Standards Organisation (HSO). (2023). *Gouvernance Clinique*.

MSSS. (2023). *Les partenariats, gage de qualité en oncologie : Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme de cancérologie*. Québec: Gouvernement du Québec.

MSSS. (2024, avril 15). *Tableau de bord - Statistique du Registre québécois du cancer*. Récupéré sur <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjc2ZTAxNmMtMWFiMi00NDIwLTg0MzYtOTY2OTIzMDEiYjA2liwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFiMjRiZTFhNzk5MiJ9>

Société canadienne du cancer . (2024, avril 15). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2023*. Récupéré sur Société canadienne du cancer: https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023statistics/2023_pdf_fr.pdf?rev=35356763d37244d5be508bedc671d974&hash=A629A769289B87B2E98EA935CF958FD7

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Direction de la cancérologie

Centre intégré de cancérologie | bureau G4.601

2250, Boul. Henri-Bourassa

Québec (Québec) G1G 5X1