Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue
Québec

PROGRAMME FONCTIONNEL (PF)

CENTRE DE CANCÉROLOGIE
DE L'HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA

VERSION FINALE POUR COMMENTAIRES
6 MARS 2018

CIM
CONSEIL

FICHE DE RÉVISION/VALIDATION

Projet : Élaboration d'un programme fonctionnel pour le Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda	**N° de mandat :** 17-3346

N° DE RÉVISION/ VALIDATION	TYPE DE DOCUMENT	DATE DE DÉPÔT	APPROBATION PAR LE CHARGÉ DE PROJET	APPROBATION PAR LE MANDATAIRE
1	Rapport pour commentaires	2018-01-22	Dominique Spickler	Mario St-Cyr
2	Rapport Avancement 75 %	2018-02-16	Dominique Spickler	Mario St-Cyr
3	Rapport 100 % pour commentaires	2018-03-06	Dominique Spickler	Mario St-Cyr

POUR COMMENTAIRES

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF III

1. Introduction 1
   - 1.1 Mise en contexte 1
   - 1.2 Méthodologie 2
   - 1.3 Présentation de l'établissement 2
     - 1.3.1 Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue 2
     - 1.3.2 L'Hôpital de Rouyn-Noranda 4
   - 1.4 Synthèse du Plan clinique du Service de radio-oncologie 2017-2018 et du Plan clinique du Service d'hémato-oncologie, mars 2018 6

2. Principes directeurs et critères généraux de conception 9
   - 2.1 Principes directeurs et critères généraux de conception priorisés 10
     - 2.1.1 L'approche centrée sur le patient est au cœur des décisions 10
     - 2.1.2 Adaptabilité et flexibilité de l'espace 10
     - 2.1.3 Bien-être et convivialité 11
     - 2.1.4 Optimiser l'organisation du travail et l'efficience des ressources humaines 11
     - 2.1.5 Favoriser l'utilisation optimale des technologies 11
     - 2.1.6 Sécurité, prévention des infections et accessibilité 12
     - 2.1.7 Soutenir le développement durable 12
   - 2.2 Critères généraux de conception priorisés 12
     - 2.2.1 L'approche centrée sur le patient est au cœur des décisions 13
     - 2.2.2 Adaptabilité et flexibilité de l'espace 14
     - 2.2.3 Bien-être et convivialité 14
     - 2.2.4 Optimiser l'organisation du travail et l'efficience des ressources humaines 15
     - 2.2.5 Favoriser l'utilisation optimale des technologies 16
     - 2.2.6 Sécurité, prévention des infections et accessibilité 16
     - 2.2.7 Soutenir le développement durable 17

3. Programme des besoins 18
   - 3.1 Organisation globale 18
     - 3.1.1 Présentation des unités fonctionnelles (UF) du centre de cancérologie 18
     - 3.1.2 Liaisons fonctionnelles 19
   - 3.2 Besoins détaillés des unités fonctionnelles (UF) du centre de cancérologie 31
     - 3.2.1 Description des UF 31
     - 3.2.2 Mode de fonctionnement par unité fonctionnelle, encadrements normatifs et règlementaires, critères d'aménagement, liens fonctionnels intra-unité et identification des espaces et des superficies 31
     - 3.2.3 Particularités des locaux cliniques 59

POUR COMMENTAIRES

4. Logistique de mise en œuvre 60
4.1 Paramètres et exigences de la mise en œuvre 60
4.2 Contraintes et enjeux 60

ANNEXES

Annexe 1 Plan clinique du Service de radio-oncologie – septembre 2017 – révision mars 2018

Annexe 2 Plan clinique du Service en hémato-oncologie – mars 2018

Annexe 3 Tableau détaillé des superficies

Annexe 4 Tableau des particularités des locaux cliniques

POUR COMMENTAIRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Confirmé par les analyses des besoins populationnels actuels et futurs en radio-oncologie et en hémato-oncologie de Rouyn-Noranda et de l'organisation future de ces services, le **Programme fonctionnel** (PF) présente les besoins fonctionnels du futur **Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda**.

Conformément aux lignes directrices ministérielles visant à offrir un continuum de soins en cancérologie ainsi qu'au principe directeur voulant que la relation patient, professionnels, médecins et personnel de soutien en soit une de **partenariat**, le futur centre améliorera l'accessibilité et la continuité des services offerts en cancérologie dans la région tout en rehaussant et en consolidant la gamme complète de ces services.

Le Programme fonctionnel du futur centre de cancérologie concrétise les orientations en lien avec les préoccupations et les enjeux spécifiques de l'établissement qui ont induit les critères généraux de conception des différents services offerts. Le programme des besoins par unités fonctionnelles décrit l'organisation globale et le mode de fonctionnement des unités fonctionnelles du centre de cancérologie en relation avec l'hôpital.

En résumé, le **centre de cancérologie** regroupera tous les services favorisant l'intégration d'un continuum de soins en cancérologie à **l'Hôpital de Rouyn-Noranda**.

Le panier de services du futur centre offrira :

- la planification, simulation et simulation de contrôle en radio-oncologie;
- les traitements en radio-oncologie;
- les traitements d'hémato-oncologie;
- une aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie);
- des consultations médicales spécialisées et professionnelles.

La mise en service est prévue en 2021, avec un budget de l'ordre de 50 M$ en dollars d'aujourd'hui.

POUR COMMENTAIRES

1. Introduction

1.1 Mise en contexte

À la suite du dépôt d'un *Plan clinique du service de radio-oncologie,* en septembre 2017, au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (ci-après le CISSS-AT) démontrant l'importance de l'accès aux services de radio-oncologie à la population de la région, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a autorisé, à l'automne 2017, la continuation de la phase d'élaboration du dossier d'opportunité du projet d'implantation d'un centre de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue.[1]

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu un financement additionnel pour poursuivre ce projet en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures.

En février 2018, le Ministère a autorisé le CISSS-AT à aller de l'avant avec l'implantation d'un centre de cancérologie à Rouyn-Noranda en respectant les paramètres initiaux (échéancier et coûts) du projet de centre de radio-oncologie. Le Plan clinique de septembre 2017 est révisé en incluant l'ajout d'un CT-SIM pour la simulation et la planification des traitements de radio-oncologie ainsi qu'un addenda au Plan clinique concernant le service d'hémato-oncologie. Cette étude fait l'analyse des besoins populationnels actuels et futurs en hémato-oncologie et définit l'organisation future du service pour répondre aux besoins. Le programme fonctionnel s'appuie sur cet addenda au Plan clinique pour définir les besoins fonctionnels du service d'hémato-oncologie qui est intégré au centre de radio-oncologie et devient dorénavant le Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda.

Ainsi, le présent programme fonctionnel (PF) présente les besoins fonctionnels du futur Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda. Il s'inscrit dans les normes d'accès établies, l'organisation territoriale de services, les objectifs immobiliers qui définissent les orientations et, principalement, les lignes directrices ministérielles visant à offrir un continuum de soins en cancérologie. Il améliorera l'accessibilité et la continuité des services offerts dans la région tout en consolidant la gamme complète des services en cancérologie, soit le dépistage, le diagnostic, la simulation et la planification des traitements, les traitements en radio-oncologie, le suivi des traitements, ainsi que le centre d'hémato-oncologie.

Le futur centre de cancérologie sera implanté près du Pavillon Lemay-Juteau de l'Hôpital de Rouyn-Noranda et les services seront organisés en réseau en temps réel avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), sous la forme d'un partenariat centre satellite et centre serveur.

POUR COMMENTAIRES

[1] Communiqué de presse du MSSS, 3 novembre 2017

1.2 Méthodologie

L'élaboration du programme fonctionnel a été soutenue tout au long de sa réalisation par un processus de consultation impliquant les principaux intervenants de chacune des parties concernées. Plusieurs étapes ont permis d'atteindre les objectifs du projet.

- Rencontres hebdomadaires par des conférences téléphoniques (mercredi) avec le MSSS, le CISSS-AT et CIM - Conseil (professionnels mandatés pour la réalisation du programme fonctionnel du Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda).
- Visites des centres de cancérologie référents par les représentants du CISSS-AT et de CIM - Conseil, soit le CUSM (centre serveur) et la Cité-de-la-Santé de Laval. Le CUSM a été visité à trois reprises.
- Conférences téléphoniques sur la programmation avec les intervenants du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue afin de définir l'ensemble des besoins spatiaux et d'élaborer les liens cliniques entre les secteurs et les locaux pour toutes les activités du centre de cancérologie conformément aux lignes directrices émises par le MSSS.
- Visite de l'Hôpital de Rouyn-Noranda avec les intervenants du CISSS-AT afin de voir les lieux et les secteurs existants pour définir les besoins des parcours circulatoires et les liens cliniques entre les secteurs et locaux existants en lien avec et le nouveau centre de cancérologie.
- Présentation de l'évolution du travail et participation active des intervenants lors des présentations.

De plus, l'ensemble du document a été rédigé en suivant le document ***Méthodologie – Programme fonctionnel et technique*** – Répertoire des guides de planification immobilière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2014 et le document de corrélation entre la méthodologie et le programme fonctionnel.

1.3 Présentation de l'établissement

1.3.1 Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

MISSION ET RESPONSABILITÉS

La mission du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est de veiller à l'harmonisation des pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des diverses installations, et ce, au profit des usagers et de la population.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;

POUR COMMENTAIRES

- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ et CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, clinique réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Le CISSS a comme responsabilités de :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- garantir une planification régionale des ressources humaines;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de service (RTS), comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmaciens et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau.

VISION

La vision du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est la suivante : « *Unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici* ».

POUR COMMENTAIRES

1.3.2 L'Hôpital de Rouyn-Noranda

Le **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue** (ci-après le CISSS-AT) offre, en première ligne, à la population du territoire qu'il dessert des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, à domicile. Au besoin, elle dirige les personnes vers les centres, les organismes ou les intervenants les plus aptes à leur venir en aide.

Actuellement, l'établissement détient six spécialités régionales, soit :

- l'ophtalmologie;
- l'oto-rhino-laryngologie (ORL);
- l'urologie;
- la neurologie;
- la clinique VIH/SIDA;
- la périnatalogie.

En plus de ces spécialités, le CISSS-AT dispense également les services de :

- imagerie médicale;
- anatomopathologie;
- chirurgie générale;
- anesthésie-réanimation;
- microbiologie-infectiologie;
- médecine interne;
- psychiatrie;
- pneumologie;
- gynécologie-obstétrique;
- pédiatrie;
- médecine familiale;
- hémato-oncologie.

POUR COMMENTAIRES

L'hôpital, construit en 1972, comprend sept étages et un niveau de sous-sol. Ce dernier, en partie hors terre, est situé au même niveau que le stationnement derrière l'hôpital. Aucun agrandissement majeur n'a été fait au bâtiment depuis sa construction.

L'hôpital sis au centre-ville de Rouyn-Noranda en bordure du lac Osisko (voir la localisation ci-dessous). L'entrée principale se trouve sur la 9e Rue. Les stationnements publics et la livraison se font par l'avenue du Lac. Les stationnements réservés aux médecins sont accessibles par le chemin Tremoy. En face de l'hôpital se trouvent les pavillons Gabrielle-Laramée et Youville, occupés respectivement par le CISSS-AT et par l'UMF de Rouyn-Noranda.

L'hôpital est implanté sur le même îlot urbain que l'usine de filtration d'eau de la Ville. Ces deux immeubles partagent la même entrée charretière permettant l'accès aux ambulances et aux employés de l'usine.

POUR

1.4 Synthèse du Plan clinique du Service de radio-oncologie 2017-2018 et du Plan clinique du Service d'hémato-oncologie, mars 2018

Plan clinique du Service de radio-oncologie, septembre 2017 et mars 2018

Le plan clinique (annexe 1) du Service de radio-oncologie, publié le 26 septembre 2017 et révisé en mars 2018, a permis de faire le point sur l'organisation actuelle des services en oncologie et sur les enjeux qui en découlent quant à l'accès aux services à la population de la région.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue dessert présentement un bassin populationnel de plus de 150 000 personnes. On estime actuellement à environ 900 le nombre de nouveau cas de cancer annuellement dans cette population, un nombre qui sera en croissance dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population.

Les besoins actuels et les projections sur les dix prochaines années démontrent amplement la nécessité de proposer une offre de services en radio-oncologie dans la région. Le scénario retenu est un centre de radio-oncologie satellite qui fonctionnera en réseau avec le centre du cancer du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Tout au long de l'élaboration de ce plan clinique, les besoins prioritaires pour satisfaire les normes de sécurité et de qualité des services ont été au cœur des réflexions. Le mode de fonctionnement, en réseau avec le CUSM, suit les meilleures pratiques définies pour l'organisation d'un centre de radio-oncologie satellite à un accélérateur linéaire. De cette façon, le CISSS s'assure de la continuité des services fournis ainsi que du niveau de qualité offert par un centre universitaire. De plus, le CISSS offre actuellement l'ensemble des services connexes nécessaires au fonctionnement du centre de radio-oncologie et à la prise en charge de la clientèle à toutes les étapes du traitement.

Le Ministère a autorisé la construction d'un Centre de radio-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda permettant d'améliorer de façon importante l'accessibilité aux services pour la population de l'Abitibi-Témiscamingue et, de ce fait, répond aux orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer, qui vise un rapprochement entre les services et la population.

Plan clinique du Service en hémato-oncologie – addenda au Plan clinique en radio-oncologie, mars 2018

Le plan clinique (annexe 2) du service d'hémato-oncologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda a permis de faire le point sur l'organisation actuelle des services et sur les enjeux qui en découlent quant à l'accès aux services à la population de la région.

POUR COMMENTAIRES

À la suite du dépôt du Plan clinique du service de radio-oncologie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en septembre 2017, le MSSS a accordé au CISSS AT l'opportunité d'évaluer l'implantation d'un centre de cancérologie au centre hospitalier de Rouyn-Noranda, regroupant les services de radio-oncologie et d'hémato-oncologie.

L'Hôpital de Rouyn-Noranda dessert actuellement un bassin populationnel d'environ 45 000 habitants, soit près de 30 % de la population de la région. On estime à 245 le nombre de nouveaux cas de cancers annuellement dans cette population, et l'incidence devrait augmenter de 20 % d'ici 2026.

Les volumes d'activité, autant au niveau du nombre de traitements de chimiothérapie que du nombre de visites en hémato-oncologie, sont en augmentation à l'Hôpital de Rouyn-Noranda depuis 2012-2013. D'ici 2026, il est prévu que ces volumes d'activité continuent de croitre de plus de 30 %. En 2026, le besoin en aires de traitement est estimé à huit fauteuils, deux lits en aire ouverte et deux lits en salle fermée.

Les espaces et installations du service ne seront pas suffisants pour supporter cet accroissement de production ni pour assurer une organisation de services qui soit optimale pour le bien-être et la satisfaction de la clientèle. Le déménagement de l'hémato-oncologie dans le nouveau bâtiment avec le service de radio-oncologie permettra au nouveau centre de cancérologie du CISSS AT de prendre en charge toutes les phases du traitement de la maladie à l'intérieur d'un continuum de soins complet, rehaussé et consolidé dans des installations favorisant le travail multidisciplinaire tout en minimisant les déplacements pour la clientèle.

L'offre de services proposée par le CISSS AT repose sur une approche centrée sur le patient qui maximise la fluidité du parcours patient dans le continuum de soins.

L'organisation du travail doit favoriser l'accès à une équipe interdisciplinaire de professionnels dédiés à la clientèle du centre de cancérologie (infirmière, infirmière pivot en oncologie, travailleuse sociale, nutritionniste, pharmacien et autres professionnels de la santé), ainsi qu'à une équipe médicale (radio-oncologue, oncologue, interniste, médecin spécialiste et omnipraticien).

Les espaces requis (aires de traitements, salles d'évaluation/consultation et salles de travail) devront :

- assurer un environnement humain favorisant la confidentialité, la discrétion et la dignité du patient;
- assurer des liens de proximité et la multidisciplinarité tout en s'assurant de réduire au minimum les déplacements de la clientèle;
- être à l'échelle des besoins actuels et futurs et assurer la flexibilité et l'adaptabilité;
- favoriser le soutien et la participation de la famille et des proches.

POUR COMMENTAIRES

En résumé, le **centre de cancérologie** regroupera tous les services favorisant l'intégration d'un continuum de soins en cancérologie à **l'Hôpital de Rouyn-Noranda**.

Le panier de services du futur centre offrira :

- la planification, simulation et simulation de contrôle en radio-oncologie;
- les traitements en radio-oncologie;
- les traitements d'hémato-oncologie;
- une aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie);
- des consultations médicales spécialisées et professionnelles.

Cette offre de services se traduit par notamment les besoins en équipements suivants. (Pour les équipements des locaux cliniques, voir le tableau des particularités des locaux cliniques en annexe 4) :

- un CT-Simulateur pour la planification, la simulation et la simulation de contrôle;
- deux voûtes pour l'hébergement des accélérateurs linéaires pour les traitements de radio-oncologie;
- un accélérateur linéaire (LINAC) et éventuellement l'ajout d'un deuxième accélérateur linéaire;
- dix aires de traitement et deux salles de traitements fermées en hémato-oncologie;
- l'installation des équipements requis pour l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie), soit deux enceintes de sécurité biologiques (hottes);
- l'installation d'une hotte chimique dans la salle de caches.

POUR COMMENTAIRES

2. PRINCIPES DIRECTEURS ET CRITÈRES GÉNÉRAUX DE CONCEPTION

Comme résumé précédemment au Plan clinique du Service en hémato-oncologie, le Ministère a accordé au CISSS-AT, en février 2018, l'opportunité d'évaluer l'implantation d'un centre de services en hémato-oncologie et de l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologique) au futur centre de radio-oncologie, et ce, dans les paramètres autorisés initialement dans le Plan fonctionnel en radio-oncologie, soit à l'intérieur de l'échéancier et des coûts prévus.

Suivant le Plan clinique du Service en hémato-oncologie sur l'analyse des besoins actuels et futurs en hémato-oncologie, le projet initial s'accroît par l'ajout des services d'un centre en hémato-oncologie et se traduit dorénavant par la réalisation d'un **centre de cancérologie** annexé l'Hôpital de Rouyn-Noranda.

Le futur projet du Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda repose avant tout sur des besoins bien étayés de la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue en cancérologie. Ainsi, il vise à répondre, d'abord, à la croissance des besoins en cancérologie en lien avec le vieillissement de la population de la région et, d'autre part, à rehausser, intégrer et consolider l'offre de services à Rouyn-Noranda sur l'ensemble du continuum de soins.

Le projet de mettre en place un centre de cancérologie sur le site de l'Hôpital de Rouyn-Noranda cadre avec l'orientation ministérielle en matière de cancérologie visant à rapprocher les services de la population et ainsi de réduire les déplacements pour recevoir tous les soins requis en cancérologie, tant en simulation et en planification des traitements, qu'en radio-oncologie et hémato-oncologie.

Tous les services offerts seront assurés par une expertise de haut niveau présente dans la région en collaboration avec le CUSM. Cette collaboration favorisera la gestion intégrée de la qualité et des risques, tout en contribuant à la mission de formation et d'enseignement.

La section suivante présente les principes directeurs d'organisation et les critères généraux de conception se rattachant directement aux principes directeurs. Ces derniers définissent les orientations en lien avec les préoccupations et les enjeux de l'établissement, lesquels induisent les critères généraux de conception des services priorisés par le Programme fonctionnel du centre de cancérologie.

Ces principes représentent les assises du projet et viendront encadrer le processus de prise de décisions au cours des étapes subséquentes. Le respect de ces principes est primordial afin d'assurer à l'établissement un projet de qualité qui satisfait ses attentes.

POUR COMMENTAIRES

2.1 Principes directeurs et critères généraux de conception priorisés

2.1.1 L'approche centrée sur le patient est au cœur des décisions

La planification des espaces du Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda doit se faire en considérant le patient au cœur de cette planification. Ce dernier est le principal utilisateur de l'établissement et c'est autour de lui qu'interagissent les autres acteurs dans le continuum de soins qu'il reçoit. La relation patient, professionnels, médecins et personnel de soutien en est une de **partenariat.**

L'approche centrée sur le patient au cœur des décisions veut que tout doit être mis en œuvre pour réaliser un projet à l'échelle humaine, tant sur le plan de l'environnement bâti que sur le plan humain, où l'accessibilité et l'accueil tout autant que la confidentialité, la discrétion et la dignité sont favorisés et balisent le processus de continuum de soins.

Au sein du futur centre, la relation de partenariat fait en sorte que le patient reçoive les informations et l'enseignement requis et participe aux prises de décisions qui le concernent. Dans ce sens, il se doit d'être informé en vue de consentir librement à l'ensemble des soins et services qui lui sont offerts, et ce, dans un environnement favorisant cette réflexion.

Le patient et ses proches participent activement à toutes les étapes des soins et services qu'il reçoit. Ils influencent ainsi l'organisation des lieux de diverses façons.

2.1.2 Adaptabilité et flexibilité de l'espace

La planification des espaces doit permettre de se distinguer par la souplesse de ses aménagements. L'évolution globale des besoins de soins en cancérologie est indéniable et les infrastructures futures doivent y répondre et être compatibles avec ce principe directeur.

Les espaces doivent être conçus pour s'adapter, dans un premier temps, aux changements attendus dans les prochaines décennies dans les domaines des soins, des services, des technologies, de l'enseignement et de la recherche et, dans un deuxième temps, à l'évolution des besoins de la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

POUR COMMENTAIRES

2.1.3 Bien-être et convivialité

Suivant l'approche globale et le principe directeur centré sur le patient et au cœur des décisions, la planification des espaces doit favoriser un climat de bien-être et de sérénité.

Il est maintenant démontré que les résultats les plus optimaux sont directement reliés à un environnement où le confort prime, ce qui favorise du même coup la relation entre le patient, le personnel et les médecins.

2.1.4 Optimiser l'organisation du travail et l'efficience des ressources humaines

La planification des espaces doit également prendre en compte l'ensemble des ressources humaines de l'hôpital et se préoccuper de **leur qualité de vie au travail**. L'établissement doit offrir un environnement de travail sain, agréable et stimulant puisque la prestation de soins et services de qualité repose largement sur la contribution, la compétence, la motivation et l'engagement du personnel qui y travaille, surtout dans un contexte régional, où le recrutement, la rétention et le remplacement du personnel représentent un enjeu.

Conscient de cet enjeu que représenteront **le recrutement, la rétention et le remplacement du personnel médical et des professionnels** au cours des prochaines années, l'établissement doit planifier les espaces de manière à faire de la qualité de vie au travail l'une de ses priorités organisationnelles.

La vision d'un milieu de travail favorisant le bien-être, la satisfaction du personnel, des professionnels et des médecins et le partage d'expertises sont primordiaux dans l'organisation physique des lieux et les mesures de promotion de la santé et du bien-être.

2.1.5 Favoriser l'utilisation optimale des technologies

Le futur centre de cancérologie sera un centre satellite fonctionnant en continu en réseau avec le Centre intégré en cancérologie du CUSM, le **centre serveur du CUSM**. Les équipements qui seront installés doivent être des répliques identiques (« image miroir ») au Centre intégré en cancérologie du CUSM.

Les dossiers des patients, le système de planification et le suivi des traitements doivent être **disponibles en temps réel** entre les deux centres. Ceux-ci doivent avoir et maintenir en tout temps un **lien opérationnel** selon les technologies disponibles à l'hôpital.

POUR COMMENTAIRES

2.1.6 Sécurité, prévention des infections et accessibilité

Le principe de sécurité, prévention des infections et d'accessibilité est l'un des principes de base *sine qua non* de l'organisation hospitalière. Les aménagements prévus du futur centre se doivent d'être un environnement de soins et de services qui privilégient le respect des pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité, de prévention des infections et d'accessibilité des patients, tel que cela est recommandé par les différents organismes d'accréditation.

Les installations doivent être adaptées en fonction des utilisateurs et doivent permettre de respecter le confort et la sécurité des patients et des proches, l'efficacité et la sécurité du personnel, le respect des normes de contrôle de prévention des infections, la sécurité des équipements et des fournitures ainsi que l'entretien approprié des lieux, selon leurs fonctions.

2.1.7 Soutenir le développement durable

L'adoption de la *Loi sur le développement durable* (LRQ. D-8.1.1), mise à jour en novembre 2017, établit le cadre de gestion du développement durable pour tous les ministères, organismes et entreprises du gouvernement du Québec. Ce cadre commun permet d'intégrer davantage le développement durable dans l'exercice de leurs pouvoirs et responsabilités.

L'approche de développement durable s'appuie sur une vision à long terme qui prend en compte le caractère indissociable des enjeux environnementaux, sociaux et économiques des activités de développement. Cette loi est basée sur seize principes qui doivent être considérés par l'ensemble de l'administration publique québécoise.

Les principes directeurs décrits précédemment s'appuient et ont pris en compte les notions décrites dans les seize principes établis par le gouvernement du Québec.

2.2 Critères généraux de conception priorisés

À partir des principes directeurs décrits au chapitre précédent, les critères généraux de conception précisent les enjeux qui devront être priorisés dans l'élaboration du programme détaillé des besoins de chaque unité fonctionnelle.

Chaque principe directeur est repris et fait la nomenclature des critères généraux de conception sous-jacents.

POUR COMMENTAIRES

2.2.1 L'approche centrée sur le patient est au cœur des décisions

Les **critères généraux de conception** suivants précisent et sont tributaires du principe directeur mentionné.

- Créer un **environnement fonctionnel** qui suscite une expérience positive chez les patients et leurs proches, tant au point de vue de l'environnement qu'au niveau intellectuel et émotif.
- Assurer une **expérience patient optimale** en prévoyant, par exemple, un accès direct par débarcadère et entrée dédiée ainsi que des cases de stationnement réservées.
- Assurer un accès et un débarcadère pour les ambulances.
- Faciliter **l'orientation spatiale des patients** en assurant une fluidité des parcours, notamment par une hiérarchie et une clarté des circulations publiques et privées (médicales) ainsi qu'une signalisation et des repères efficaces axés sur un cheminement logique.
- Concevoir et procurer un **environnement humain** accueillant, chaleureux, respectueux et favorisant la **confidentialité**, la **discrétion** et la **dignité** du patient :
  - en offrant des locaux fermés et bien insonorisés dédiés aux entretiens privés, tant entre le patient et ses proches qu'entre le personnel médical ou les professionnels et le patient;
  - en limitant la promiscuité des espaces ouverts.
- Favoriser le **soutien** et la **participation** de la famille et des proches.
- Concevoir un **milieu thérapeutique** pour les patients comprenant des espaces adéquats pour permettre la présence des proches à leurs côtés.
- Favoriser **l'approche clientèle** et les services conçus autour du patient en privilégiant un parcours clair et fluide pour les patients qui se déplacent du centre de cancérologie vers d'autres départements de l'établissement.
- Répondre aux besoins grandissants de la région en radio-oncologie par un **centre de proximité** centralisé et axé sur une **approche personnalisée** auprès des patients

POUR COMMENTAIRES

2.2.2 Adaptabilité et flexibilité de l'espace

Les **critères généraux de conception** suivants précisent davantage les orientations retenues quant à l'adaptabilité et la flexibilité de l'espace.

- Concevoir un projet à **l'échelle** des besoins actuels et futurs, selon les normes et efficace.
- Assurer la **flexibilité** et **l'adaptabilité** des installations en facilitant les ajustements futurs liés à l'évolution technologique, aux changements dans la prestation des services, aux développements de services, etc.
- Favoriser la **complémentarité** et **l'interaction** entre l'équipe de soins multidisciplinaire et le patient.
- Intégrer le concept de **polyvalence** dans l'organisation spatiale et l'utilisation des locaux.
- Favoriser une **standardisation** des espaces de même usage afin de faciliter l'organisation du travail.
- Prévoir en quantité suffisante les **espaces de rangement et d'entreposage**, tout en prévoyant un potentiel d'agrandissement futur du centre de cancérologie.
- Concevoir le nouvel agrandissement de façon à permettre d'autres espaces requis selon les **futurs besoins**, notamment d'autres unités fonctionnelles directement en lien avec un centre offrant un **continuum de soins intégrés**.

2.2.3 Bien-être et convivialité

Les **critères généraux de conception** suivants définissent davantage les objectifs poursuivis du principe directeur.

- Limiter le **déplacement du patient** en favorisant les liens de proximité : le personnel médical se déplace autour du patient et non l'inverse.
- Assurer l'apport maximal en **lumière naturelle** que ce soit à travers des percées visuelles avec des vues, autant que possible, sur la nature et des espaces verts. Les bénéfices retirés sont nombreux :
  - réduction du stress, de l'anxiété, de l'agressivité, de la douleur et production d'un effet bénéfique tant sur l'humeur et que sur le corps;
  - qualité des espaces bénéfiques pour les patients et le personnel médical;
  - facilite l'orientation spatiale et temporelle.

POUR COMMENTAIRES

- Prévoir les choix de couleur, de mobilier, de l'acoustique (musique), d'aménagement intérieur afin de créer un **environnement harmonieux et convivial**, favorisant ainsi la détente et ultimement la guérison. Les espaces publics, notamment les aires d'accueil et d'attente, doivent être conviviaux, dégagés et confortables.
- Prévoir d'adapter l'éclairage, la température et les taux d'humidité des espaces cliniques.
- Favoriser l'installation de matériaux et de finis absorbants du point de vue **acoustique** afin de minimiser les sources de bruit. Le bruit est souvent source de stress, de malaise et d'abrutissement pour les patients tout autant que pour le personnel médical. Il peut incidemment affecter le comportement, la qualité du sommeil et élever la fréquence cardiaque et, en conséquence, avoir des effets négatifs psychologiques et même physiques.

2.2.4 Optimiser l'organisation du travail et l'efficience des ressources humaines

Les **critères généraux de conception** tributaires de ce principe directeur doivent prévoir, notamment :

- la **rationalisation** des distances de déplacement, autant pour le personnel que pour le patient, en favorisant des locaux polyvalents dans la mesure du possible;
- un environnement de travail **ergonomique et sain**; avoir des locaux de bonnes dimensions et, lorsque cela est compatible avec la tâche, une adaptation des postes de travail donnant l'accessibilité aux membres du personnel présentant des limitations fonctionnelles et avoir les équipements technologiques requis à portée de main;
- l'apport d'espaces favorisant **l'interdisciplinarité et le travail d'équipe** en organisant des lieux propices aux échanges entre les différents corps médicaux, notamment par des espaces d'aire de travail multidisciplinaire, de salles de réunion et de pause-café;
- des espaces et installations pour dispenser et faciliter la **formation ponctuelle et/ou continue** et le maintien des compétences du personnel médical, notamment avec le centre serveur du CUSM;
- ultimement, optimiser les **procédures et processus de travail**, par exemple, l'approvisionnement des fournitures.

POUR COMMENTAIRES

2.2.5 Favoriser l'utilisation optimale des technologies

Afin de favoriser l'utilisation optimale des technologies, les **critères généraux de conception** suivants doivent être planifiés.

- Acquérir et implanter des technologies de haut calibre afin d'assurer le développement informatique requis.
- Assurer le déploiement technologique nécessaire tant sur le plan des équipements médicaux spécialisés que sur le plan informatique dans le but d'atteindre les objectifs d'intégration des services entre les différents départements médicaux de l'hôpital, entre les établissements de santé de la région et avec le CUSM afin de répondre à une pratique clinique intégrée.

2.2.6 Sécurité, prévention des infections et accessibilité

Les **critères généraux de conception** suivants précisent davantage le principe directeur préconisé.

- Assurer la **sécurité des lieux** contre toute forme d'agression (incendie, vol, terrorisme, etc.).
- Fournir un **environnement sécuritaire** qui optimise la gestion des risques pour le patient et le personnel : de façon générale, les installations et accessoires assurant la sécurité devront être prévus et installés de façon non provocatrice ou omniprésente.
- Prévoir une **ségrégation** des flux des différentes clientèles de l'établissement afin de permettre une meilleure accessibilité au patient et un meilleur contrôle des espaces de type restreint.
- Concevoir une circulation favorisant des **parcours distincts** pour les visiteurs, les professionnels, les patients admis ainsi que le matériel.
- Permettre la mise en place de mesures efficaces de **prévention des infections** par une conception qui respecte les guides d'aménagement, les dernières tendances et politiques de l'établissement concernant le contrôle des infections.
- **Prévenir et contrôler les infections nosocomiales** par la hiérarchie des circulations publiques et privées (médicales) et soutien (utilités propres et souillées).
- Concevoir l'aménagement, les finis et le mobilier de manière **à minimiser les risques** de blessures pour le patient, le personnel ou les visiteurs.
- Assurer la **visibilité** des patients par le personnel soignant et permettre **l'accès rapide** en toute circonstance.

POUR COMMENTAIRES

- Prévoir un **environnement accessible** et sécuritaire favorisant l'autonomie de la clientèle présentant des déficits d'ordre moteur, mais aussi d'ordre visuel et auditif.

2.2.7 Soutenir le développement durable

Les **critères généraux de conception** suivants précisent davantage le principe directeur voulant que les principes de développement durable du Québec soient pris en compte dans l'élaboration la conception du nouveau centre de cancérologie.

Au-delà des principes de développement durable intrinsèques aux principes directeurs précédents, les deux principes suivants : la protection de l'environnement et l'efficacité énergétique permettent de développer les critères généraux de conception, comme :

- minimiser les coûts de fonctionnement et d'entretien;
- choisir et utiliser des matériaux durables, à faible émission et faciles d'entretien;
- avoir et maintenir un apport maximal en lumière naturelle (fenestration optimale);
- avoir une gestion efficace de l'eau;
- limiter les îlots de chaleur dans les stationnements et en toiture;
- optimiser la performance énergétique du bâtiment;
- mettre sur pied une gestion des déchets et des matières recyclables;
- construire l'agrandissement conformément aux dernières exigences normatives.

POUR COMMENTAIRES

3. PROGRAMME DES BESOINS

3.1 Organisation globale

3.1.1 Présentation des unités fonctionnelles (UF) du centre de cancérologie

Le futur **Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda** regroupera les services de radio-oncologie et d'hémato-oncologie et assurera ainsi l'ensemble du continuum de soins et suivis des traitements des patients atteints du cancer, et ce, à toutes les étapes de la maladie.

Il améliorera l'accessibilité et la continuité des services offerts dans la région tout en consolidant une gamme complète de services, incluant le dépistage, le diagnostic, la planification des traitements, la simulation, les traitements et la simulation de contrôle et l'hémato-oncologie, avec le personnel de soutien et les différents professionnels et médecins.

Pour ce faire, le centre comportera six **unités fonctionnelles** (groupes A à F), chacune regroupant des sous-unités dont le découpage est le suivant.

Groupe A – Accueil

- Accueil et soutien à la clientèle

Groupe B – Aire de consultation

- Salles de consultation/entrevue
- Salles d'examen

Groupe C – Aire de traitement hémato-oncologie

- Traitement en hémato-oncologie
- Aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie)

Groupe D - Plateau technique

- Planification, simulation et simulation de contrôle
- Traitement en radio-oncologie

Groupe E – Aire clinico-administrative

- Locaux partagés dédiés au personnel
- Bureaux clinico-administratifs
- Physique

POUR COMMENTAIRES

Groupe F - Locaux de soutien

- Locaux techniques
- Soutien général

3.1.2 Liaisons fonctionnelles

Cette section traite de l'organisation d'ensemble du centre de cancérologie et des liaisons fonctionnelles à privilégier avec les unités fonctionnelles existantes dans l'Hôpital de Rouyn-Noranda ainsi qu'entre les unités fonctionnelles du futur centre.

Les liaisons fonctionnelles sous-tendent directement le principe directeur voulant que tous les soins médicaux en cancérologie soient axés sur une approche centrée sur le patient et au cœur des décisions. Elles précisent la ou les relations des unités fonctionnelles entre l'hôpital et le centre de cancérologie ainsi qu'entre les unités du centre. Elles sont basées sur le parcours circulatoire des usagers : patient, personnel de soutien, professionnels et médecins.

Ces liaisons sont établies selon la nomenclature suivante :

- lien fonctionnel en raison d'un flux de patients – lien **essentiel**;
- lien fonctionnel en raison d'un flux de personnel et/ou de matériel – lien **important**.

Aussi, la proximité entre deux unités ou sous-unités est considérée comme **ESSENTIELLE** lorsque ces deux zones doivent être à proximité immédiate (horizontalement ou verticalement), car essentielle à l'offre de services axée et centrée sur le patient.

La proximité est considérée comme étant **IMPORTANTE** lorsque les deux unités ou sous-unités doivent être proches l'une de l'autre (distance de parcours courte, horizontalement ou verticalement) afin d'assurer un fonctionnement adéquat.

Organisation d'ensemble – Centre de cancérologie et Hôpital de Rouyn-Noranda

De façon générale, l'organisation physique de tous les services en cancérologie doit permettre concrètement une meilleure application de la philosophie et du principe directeur voulant que le patient soit central et au cœur de l'ensemble des décisions et des soins qui lui sont administrés. À titre d'exemple, les locaux sont aménagés pour accueillir le patient et son accompagnant et afin de favoriser le travail interdisciplinaire entre les divers professionnels et médecins impliqués dans les soins aux patients (salles de réunions d'équipe, bureaux pour les professionnels, etc.).

POUR COMMENTAIRES

La circulation doit être fluide, claire et intuitive pour le patient qui aura à maintenir, dans certains cas, des liens avec les unités fonctionnelles existantes dans l'hôpital.

Le patient doit être facilement guidé dès son arrivée vers le service où il est attendu. Une signalisation efficace pour le patient contribue à rendre son expérience plus positive considérant son état de santé. La clarté du parcours du patient se traduit généralement par des aires d'attente principale et secondaires distinctes et aménagées en fonction des soins qui lui sont prodigués.

La salle d'attente principale regroupera l'ensemble des patients venant à un rendez-vous indépendamment du type de soins. Toutefois, une zone distincte devra être prévue pour regrouper les patients présentant des symptômes d'infections transmissibles similaires. Par la suite, le patient est dirigé vers des aires d'attente secondaires.

L'aménagement des unités fonctionnelles fréquentées par les patients doit prendre en compte, en raison de l'état souvent fragile du patient, que les grandes distances horizontales seront à proscrire. Le cheminement du patient vers les soins qui lui sont prodigués doit se faire par le parcours le plus simple et le plus court possible.

La disposition précise des unités fonctionnelles, incluant des salles avec d'importantes composantes électromécaniques, sera faite en fonction des exigences de proximité entre les diverses unités fonctionnelles et sous-unités, de l'accessibilité à la lumière naturelle, des distances de parcours minimum pour le patient et le personnel ainsi que du budget de construction disponible. Ces différentes options de planification fonctionnelle (par exemple : salles des voûtes en radio-oncologie au sous-sol *versus* au rez-de-chaussée, etc.) seront élaborées lors du développement détaillé de l'étape conceptuelle réalisée à la suite de l'appel d'offres de services des professionnels.

Liaisons fonctionnelles intersectorielles (centre et hôpital)

Liaisons fonctionnelles ESSENTIELLES :

- en raison d'un déplacement de patients vers/depuis l'hôpital :
  - unités d'hospitalisation (niveau 3);
  - IRM mobile et service d'imagerie médicale (niveau RDC).

Liaisons fonctionnelles IMPORTANTES :

- en raison du déplacement du personnel et/ou de matériel vers/depuis l'hôpital-buanderie (niveau sous-sol) :
  - ateliers biomédicaux (niveau 2);
  - locaux techniques (niveau sous-sol);
  - autres sites du CISSS-AT.

POUR COMMENTAIRES

Le diagramme de la page suivante illustre globalement les liens **essentiels** (patients) et **importants** (personnel/matériel) au sein du centre de cancérologie et de l'hôpital tel que défini précédemment (liaisons intersectorielles et unités fonctionnelles du futur centre de cancérologie).

Liaisons fonctionnelles entre unités fonctionnelles du centre de cancérologie

Les liaisons fonctionnelles entre unités fonctionnelles du centre sont décrites et illustrées ci-dessous. Elles doivent satisfaire les exigences suivantes.

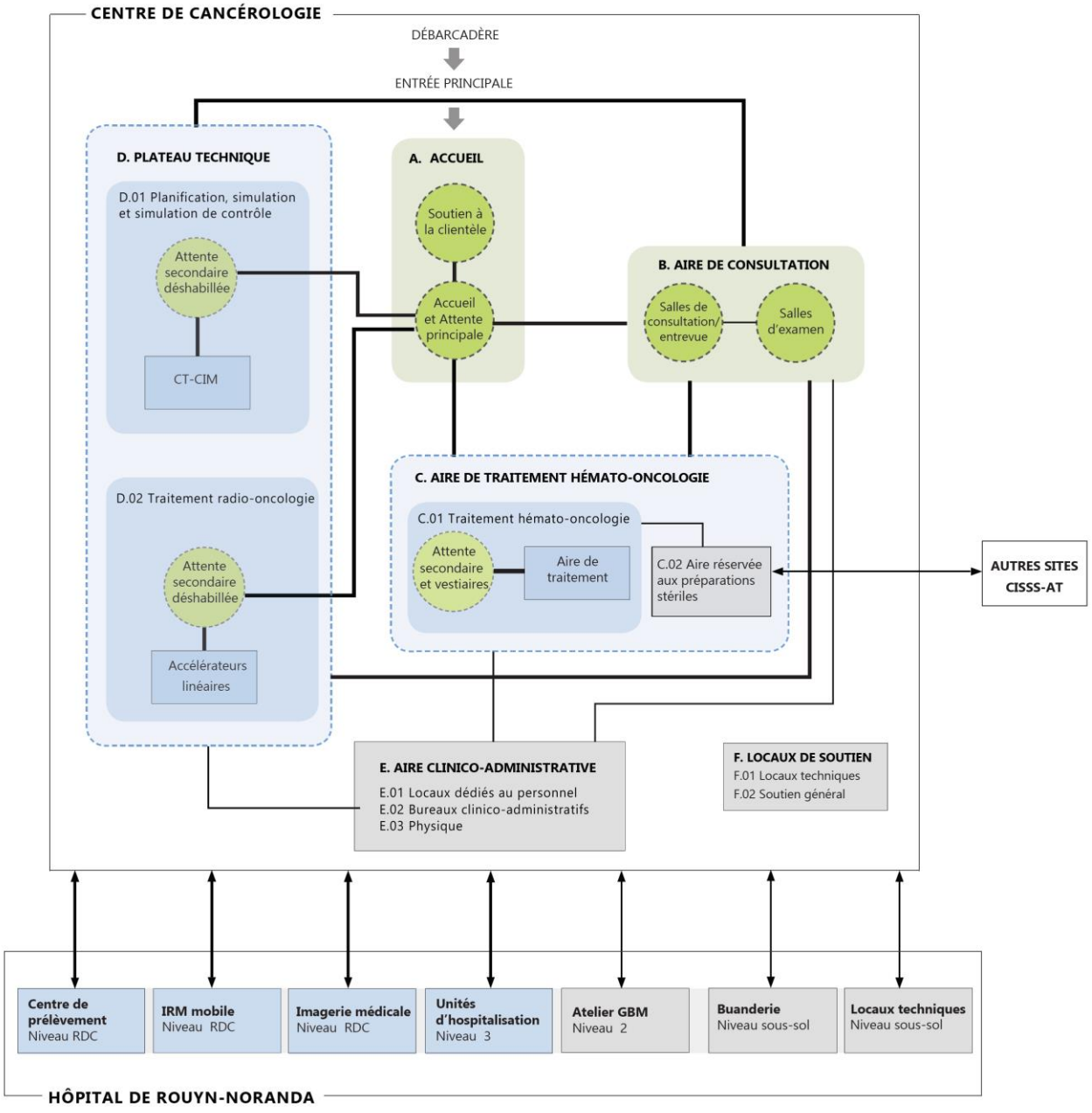
Lien fonctionnel **essentiel** en raison d'un déplacement de patients vers :

- le débarcadère et l'entrée dédiée pour le transport adapté (dépose-minute) et pour l'arrivée par ambulance;
- l'entrée principale du centre et les espaces de stationnement dédiés;
- l'entrée principale du centre et l'Accueil et soutien à la clientèle;
- l'Accueil et soutien à la clientèle et l'aire de consultation et d'examen;
- l'Accueil et soutien à la clientèle et l'aire dédiée à la Planification, simulation et simulation de contrôle;
- l'Accueil et soutien à la clientèle et l'aire dédiée au traitement de radio-oncologie (plateau technique);
- l'Accueil et soutien à la clientèle et l'aire dédiée au traitement en hémato-oncologie;
- les aires d'attente principale et secondaires (*déshabillée*) et les vues sur le lac et/ou l'extérieur.

Lien fonctionnel **important** en raison d'un déplacement du personnel et/ou de matériel vers :

- l'aire clinico-administrative et l'aire de consultation et d'examen;
- l'aire clinico-administrative et la Planification, simulation et simulation de contrôle;
- l'aire clinico-administrative et l'aire de traitement de radio-oncologie;
- l'aire clinico-administrative et l'aire de traitement en hémato-oncologie;
- l'aire de traitement en hémato-oncologie et l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie);
- l'aire clinico-administrative et l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite);
- l'aire clinico-administrative et le soutien général;
- les locaux de soutien vers le plateau technique et l'aire clinico-adminitrative.

POUR COMMENTAIRES



LÉGENDE:

- Accueil et aires de soutien aux patients
- Locaux et aires de soins
- Locaux technique/soutien

Liens fonctionnels intraservices :

- Lien essentiel (flux de patients)
- Lien important (flux de personnel/ matériel)

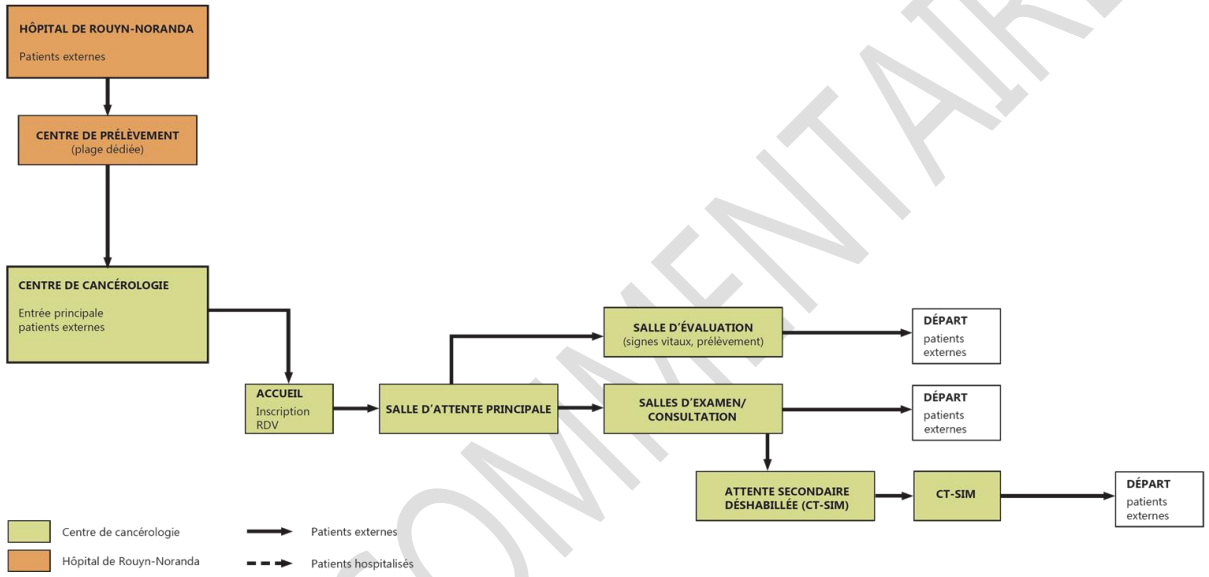
Liens fonctionnels interservices (entre CC et hôpital) :

- Lien essentiel (flux de patients)
- Lien important (flux de personnel/ matériel)

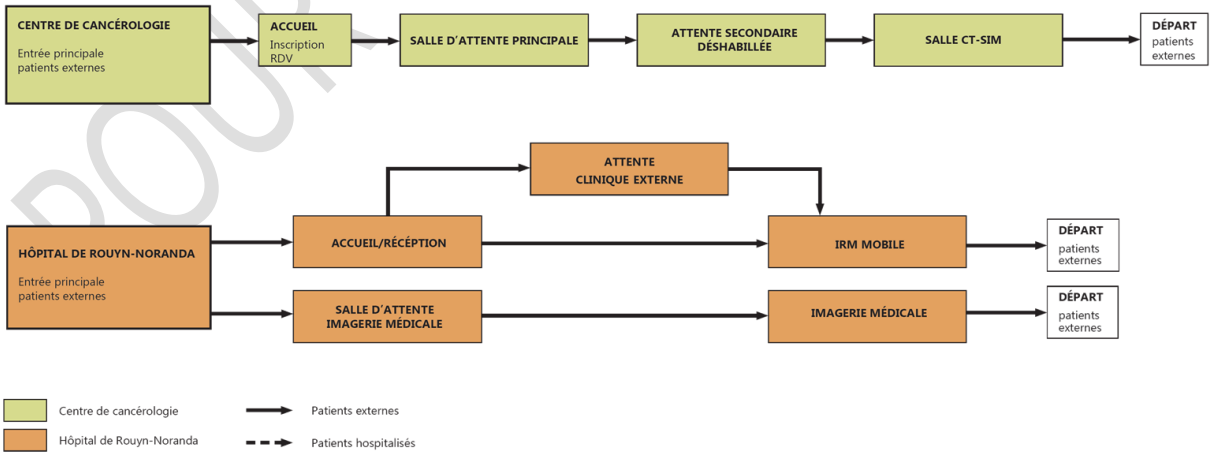
Les flux circulatoires du patient dans le centre de cancérologie

Les flux circulatoires du patient dans le centre de cancérologie sont illustrés ci-dessous. Chaque flux circulatoire est illustré en fonction de l'unité fonctionnelle de soins vers laquelle il se dirige. Le patient est principalement de type ambulatoire. Toutefois, les flux illustrent également les parcours circulatoires pour un patient hospitalisé.

FLUX CIRCULATOIRE DES PATIENTS POUR **CONSULTATION ET/OU EXAMEN**

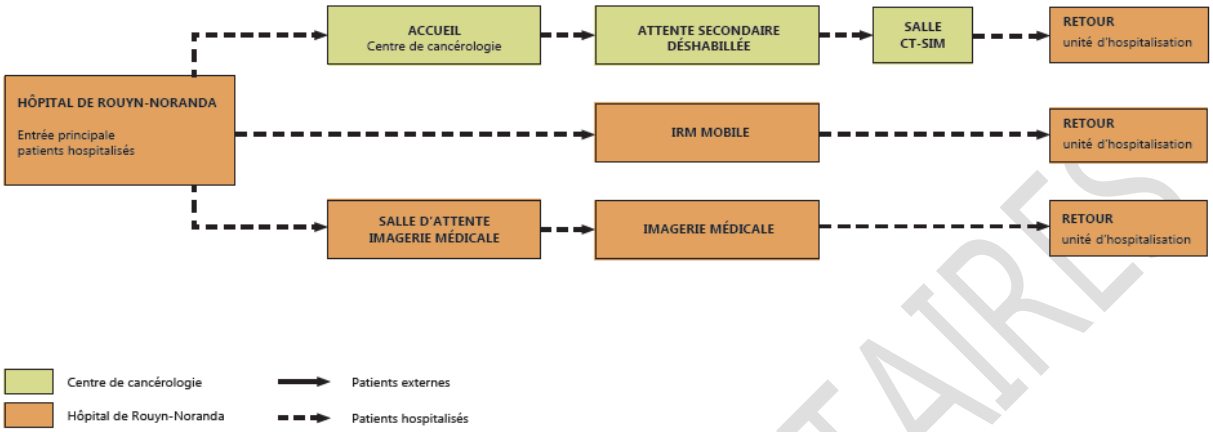


FLUX CIRCULATOIRE DES PATIENTS POUR **PLANIFICATION, SIMULATION ET SIMULATION DE CONTRÔLE - PATIENTS EXTERNES**

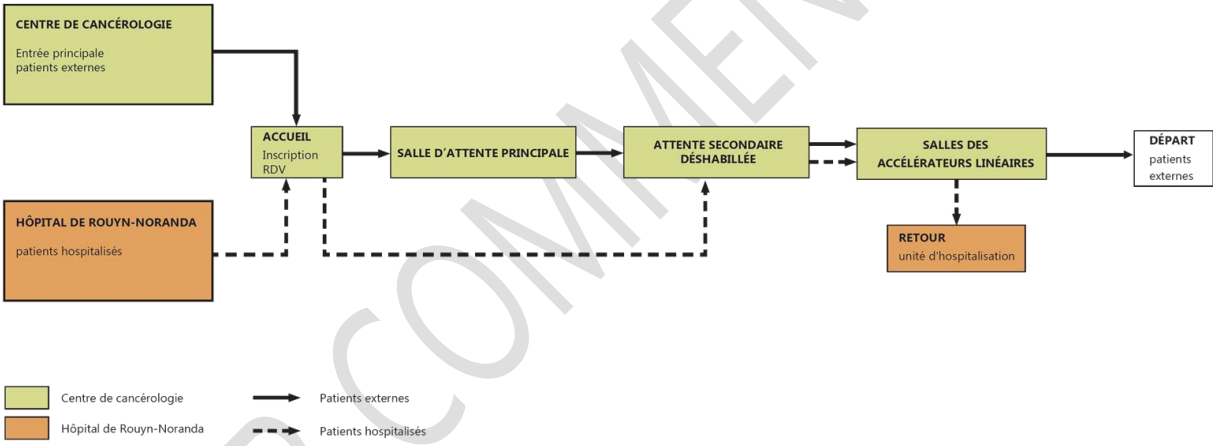


POUR COMMENTAIRES

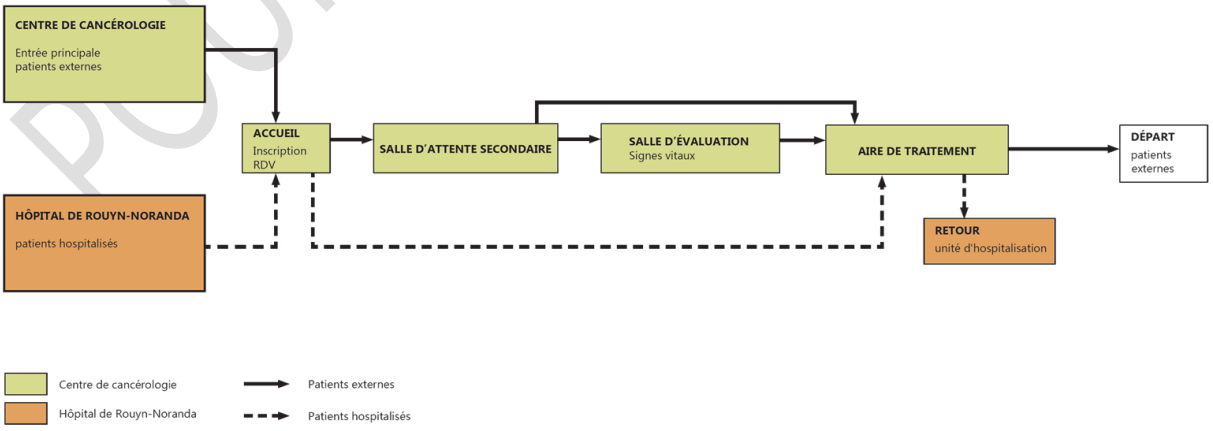
FLUX CIRCULATOIRE DES PATIENTS POUR **PLANIFICATION, SIMULATION ET SIMULATION DE CONTRÔLE - PATIENTS HOSPITALISÉS**



FLUX CIRCULATOIRE DES PATIENTS POUR **TRAITEMENT EN RADIO-ONCOLOGIE**



FLUX CIRCULATOIRE DES PATIENTS POUR **TRAITEMENT EN HÉMATO-ONCOLOGIE**



POUR COMMENTAIRES

Liste des ressources humaines du futur centre de cancérologie

La liste ci-dessous fait état du titre d'emploi et du nombre de ressources humaines requises pour assurer toutes les activités du futur centre dès son ouverture en 2021.

- Deux (2) radio-oncologues et un troisième à l'ajout du deuxième accélérateur linéaire.
- Un (1) oncologue.
- Deux (2) physiciens et un troisième à l'ajout du deuxième accélérateur linéaire.
- Un (1) chef de service.
- Deux (2) pharmaciens.
- Trois (3) assistants techniques en pharmacie.
- Huit (8) technologues, dont un coordonnateur technique en 2021 et quatorze (14) au total à l'ajout du deuxième accélérateur linéaire.
- Deux (2) infirmières pivots (radio-oncologie et hémato-oncologie).
- Trois (3) infirmières.
- Un (1) préposé aux bénéficiaires.
- Un (1) technicien en informatique.
- Trois (3) agents administratifs.

À ces effectifs, il faut prévoir la présence occasionnelle de résidents, stagiaires, étudiants, formateurs, travailleur social, nutritionniste et autres professionnels de la santé en relation avec les patients atteints du cancer. Cette évaluation se chiffre à cinq (5) personnes.

Taux d'occupation des salles d'attente par unités fonctionnelles

Afin d'établir le nombre de places assises des salles d'attente principale et d'attente secondaire (*déshabillée*), le calcul a été modélisé en prenant comme hypothèse que les patients du centre, compte tenu de leur condition de santé vulnérable, sont accompagnés par des proches ou de la famille.

Le tableau ci-après illustre l'évaluation du taux d'occupation des salles d'attente par activités (unités fonctionnelles) du futur centre de cancérologie.

POUR COMMENTAIRES

TAUX D'OCCUPATION DES SALLES D'ATTENTE PRINCIPALE ET SECONDAIRES

Activités	Occupation personne/h (patient et accompagnant)	Occupation personne/jour (patient et accompagnant)	Places requises dans les salles d'attente secondaires (patient et accompagnant)	Places requises dans salle attente principale par heure (patient et accompagnant)
CT-SIM* (planification, simulation et simulation de contrôle)	1,6 patient + 1,6 accompagnant = 3 personnes/heure	6 patients + 6 accompagnants = 12 personnes/jour	4 places	6 places
Radio-oncologie* (2 voûtes avec LINAC)	3 patients + 3 accompagnants = 6 personnes/heure	30 patients + 30 accompagnants = 60 personnes/jour	4 places par LINAC 8 places au total	10 places
Traitement hémato-oncologie**	6 traitements AM et 4 traitements PM	10 patients + 10 accompagnants = 20 personnes/jour	20 places	Les patients ne transitent pas par la salle d'attente principale
Consultation/examen * hémato-oncologie, radio-oncologie et planification, simulation et simulation de contrôle**	10 patients + 10 accompagnants = 16 personnes/heure	80 patients + 80 accompagnants = 160 personnes/jour	S.O.	20 places

* équipement en fonction 10 h/jour/5 jours
** équipement en fonction 8 h/jour/5 jours
*** RDV consultation/examen avec médecins, professionnels 8 h/jour/5 jours

Plages horaires

Les heures d'ouverture du futur centre de cancérologie sont établies de façon à respecter les délais de prise en charge et de traitement médicalement requis tout en assurant le maintien de la qualité par les programmes d'entretien préventif et de contrôle de la qualité des équipements. À l'extérieur de ces heures, les appareils de planification et de traitement doivent aussi être utilisés pour d'autres activités, comme les programmes d'entretien et de réparation, pour les contrôles de qualité patients, pour l'enseignement (universitaire et technique), pour la recherche et le développement des techniques de traitement.

Le délai médicalement requis pour chaque patient ayant toujours préséance sur les autres activités, les heures d'ouverture seront étendues au besoin.

Les heures d'ouverture du Centre seront de 8 h à 16 h du lundi au vendredi.

Pour les traitements en radio-oncologie, les heures d'ouverture sont de 7 h 30 à 17 h 30 ou 8 h à 18 h, et ce, du lundi au vendredi.

Quant aux traitements en hémato-oncologie, les heures d'ouverture sont de 8 h à 16 h.

POUR COMMENTAIRES

Le centre prendra en charge les patients sans rendez-vous pendant les heures d'ouverture. Au-delà de ces heures, les patients devront se présenter à l'urgence de l'hôpital.

Pour les jours fériés et les fins de semaine, le centre sera ouvert au besoin seulement.

Description sommaire des unités fonctionnelles

Ci-après une brève description des six unités fonctionnelles du futur centre et de leurs sous-unités selon le regroupement décrit précédemment au chapitre 3.1.1. Quant aux besoins détaillés de chaque unité fonctionnelle et sous-unité, ils sont présentés au chapitre suivant.

Unité fonctionnelle - Groupe A – Accueil

Accueil et soutien à la clientèle

L'aire d'accueil qui comprend la salle d'attente principale et le service de soutien à la clientèle se situe juste à proximité du hall et de l'entrée principale du futur centre de cancérologie. Cette zone devient l'espace pivot central en lien direct avec le hall. L'arrivée de la clientèle se présentant pour une planification, une simulation ou une simulation de contrôle, pour un traitement en radio-oncologie ou pour une consultation ou examen avec un médecin ou professionnel, s'effectue dans cette zone.

Les patients venant pour un traitement en hémato-oncologie passent par l'aire d'accueil pour s'enregistrer et se dirigent vers la salle d'attente secondaire de l'aire d'hémato-oncologie. Que ce soit leur premier traitement ou les suivants, ces patients n'ont pas à attendre dans la salle d'attente principale.

La salle de documentation, bibliothèque et références documentaires se trouve dans l'aire d'accueil à la disponibilité des patients.

Unité fonctionnelle - Groupe B – Aire de consultation

L'aire de consultation est la zone du centre de cancérologie où le volume d'activités est le plus élevé. Il doit être en lien direct avec l'entrée principale et les structures d'accueil du centre. Afin de faciliter le partage des ressources entre les unités fonctionnelles du centre, l'aire de consultation doit être centrale par le fait que plusieurs patients transitent par cette zone pour rencontrer les médecins et professionnels en vue d'une consultation, d'une entrevue ou d'un examen et d'un suivi.

POUR COMMENTAIRES

De plus, l'aménagement de l'aire de consultation doit faciliter les échanges entre les médecins et les professionnels. À cet égard, des zones spécifiques sont disponibles afin de permettre le travail d'équipe. Cette zone, appelée « *Aire de travail multidisciplinaire* », est décrite plus loin dans l'Unité fonctionnelle groupe D – Aire clinico-administrative – Bureaux clinico-administratifs.

Unité fonctionnelle - Groupe C – Aire de traitement en hémato-oncologie

Les deux zones aménagées dans l'aire de traitement en hémato-oncologie (aire de traitement et l'aire réservée aux préparations stériles [pharmacie satellite]) doivent être traitées de semblable façon en ce sens qu'elles doivent toutes deux être situées en marge de l'Accueil et du Soutien à la clientèle.

C.01 - Traitement en hémato-oncologie

De la zone d'accueil principale, les patients sont dirigés vers la salle d'attente secondaire/salon et vestiaires des patients et des visiteurs et accompagnants, qui est attenante à l'aire de traitement en hémato-oncologie.

Afin de faciliter les déplacements du patient, les aires de consultation et d'examen et l'aire de traitement en hémato-oncologie doivent être adjacentes. Celle-ci doit également être en relation immédiate avec l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie).

C.02 - Aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite oncologie)

L'aire réservée aux préparations stériles doit être en lien étroit avec l'aire de traitement en hémato-oncologie. Elle regroupe tous les locaux nécessaires à la préparation en milieu stérile et aux vérifications rigoureuses des produits administrés en hémato-oncologie. Aucun patient n'est admis dans cette aire.

Unité fonctionnelle - Groupe D – Plateau technique

D.01 – Planification, simulation et simulation de contrôle

De la salle d'attente principale, les patients sont dirigés vers la salle d'attente secondaire. Cette aire d'attente secondaire doit être adjacente à l'Unité de traitement de planification, simulation et simulation de contrôle sans être à proximité de la zone de traitement de radio-oncologie.

Comme ce plateau technique nécessite d'importants blindages, il doit être localisé au plus bas niveau de la nouvelle construction. Dans la mesure du possible, l'aire d'attente secondaire « déshabillée » pour patients et leurs accompagnants devraient cependant favoriser de vues extérieures.

POUR COMMENTAIRES

Cette aire prévoit l'aménagement d'un poste de travail informatique dédié au radio-oncologue pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux.

D.02 - Traitement en radio-oncologie

De la salle d'attente principale, les patients sont dirigés vers la salle d'attente secondaire. Cette aire d'attente secondaire doit être adjacente à l'Unité de traitement en radio-oncologie sans être à proximité de la zone de planification, simulation et simulation de contrôle.

Comme ce plateau technique nécessite d'importants blindages, il doit être localisé au plus bas niveau de la nouvelle construction. Dans la mesure du possible, l'aire d'attente secondaire « déshabillée » pour patients et leurs accompagnants devraient cependant favoriser de vues extérieures.

Unité fonctionnelle – Groupe E – Aire clinico-administrative

L'aire clinico-administrative est dédiée et restreinte uniquement aux professionnels et aux médecins. Elle doit se situer en marge de l'aire d'accueil et de soutien à la clientèle tout en étant localisée à proximité des aires de planification, simulation, simulation de contrôle, traitement en radio-oncologie, traitement en hémato-oncologie ainsi que l'aire de consultation et examen. Cette zone est interdite d'accès aux patients et accompagnants.

Cette unité fonctionnelle se divise en trois sous-unités définies au chapitre suivant, soit les suivantes.

E.01 – Locaux dédiés au personnel

E-02 - Bureaux clinico-administratifs

E-03 - Physique

Ces trois sous-unités prévoient l'aménagement de la salle de repos du personnel et leurs vestiaires et toilettes, une salle de réunion/enseignement, les bureaux administratifs des médecins et du chef de service ainsi que les bureaux des physiciens, technologues (salle de dosimétrie), la salle de caches, les laboratoires physiques et d'instrumentation, le technicien en informatique ainsi qu'un bureau polyvalent.

POUR COMMENTAIRES

Unité fonctionnelle - Groupe F - Locaux de soutien

F.01 - Locaux techniques

Tous les locaux techniques doivent se trouver à proximité du plateau technique qui comprend les aires de planification, simulation et simulation de contrôle ainsi que l'aire de traitement de radio-oncologie et en marge des aires d'accueil et de soutien à la clientèle.

Les locaux techniques comprennent des salles en télécommunication, en électricité secondaire et en mécanique.

Un lien physique est à prévoir pour les raccordements en électricité et chauffage au bâtiment existant.

F.02 - Soutien général

Cette zone prévoit les espaces des dépôts de lingerie, matériel et équipements, hygiène et salubrité et les utilités propres et souillées et doit être en marge de l'aire d'accueil et du soutien à la clientèle. Cette zone est restreinte au personnel et doit demeurer non accessible aux patients et accompagnants.

Le Soutien général doit être localisé à proximité du plateau technique : planification, simulation et simulation de contrôle et traitement en radio-oncologie.

Des utilités propres et souillées sont prévues spécifiquement dans la zone de traitement en hémato-oncologie.

POUR COMMENTAIRES

3.2 Besoins détaillés des unités fonctionnelles (UF) du centre de cancérologie

3.2.1 Description des UF

Les six unités fonctionnelles du centre de cancérologie dispensent des services de consultation, examen, planification, simulation, simulation de contrôle et traitements en radio-oncologie et des traitements en hémato-oncologie pour une clientèle adulte majoritairement ambulatoire. Les technologies de soins suivantes sont utilisées : un CT-Simulateur et des accélérateurs linéaires LINAC.

3.2.2 Mode de fonctionnement par unité fonctionnelle, encadrements normatifs et règlementaires, critères d'aménagement, liens fonctionnels intra-unité et identification des espaces et des superficies

Groupe A – Accueil

A.01 - Accueil et soutien à la clientèle

Pôle principal et pivot du centre de cancérologie, cette zone est en lien direct avec l'entrée principale du centre et du débarcadère (dépose-minute). C'est la zone principale dédiée aux patients du centre et leurs proches accompagnants. Elle permet de recevoir et d'accueillir les patients, de mettre à leur disposition les équipements de mobilité réduite et de les faire patienter avant qu'ils soient dirigés vers les salles d'attente secondaires.

Les services dispensés visent à améliorer la qualité de vie de la clientèle et des accompagnants pendant leur séjour au centre. Cette aire publique regroupe tous les locaux réservés à la clientèle afin de leur apporter soutien, confort et adaptation à leur situation.

L'Accueil permet de recevoir, d'enregistrer et diriger les patients vers les espaces appropriés. C'est aussi dans ce lieu que les patients programment leur rendez-vous et que les accompagnants les attendent. Certains accompagnants désireux de suivre le patient vers les salles d'attente secondaires peuvent le faire s'il le désire, notamment les accompagnants des patients en traitement d'hémato-oncologie. Du personnel administratif travaille à la réception et à la prise de rendez-vous. La zone de prise de rendez-vous doit être située à l'écart de la zone d'accueil dans un espace permettant la confidentialité des informations concernant les patients.

Les patients qui nécessitent de l'assistance (fauteuils roulants, obèses) trouveront sur place les équipements requis.

POUR COMMENTAIRES

De plus, les patients et leurs proches ont accès à un centre de documentation et d'information.

Cadre normatif et règlementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Guide des cliniques externes, 2012.
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011.

Critères d'aménagement

- Le hall d'entrée doit être accueillant et ouvert. Une attention particulière doit être apportée à l'apport de lumière naturelle et aux vues à partir de la salle d'attente principale afin de créer un espace lumineux.
- La salle d'attente est aménagée pour contenir le nombre maximal de patients prévus selon l'évaluation présentée au chapitre 3.1.2. Cette salle doit prévoir l'aménagement d'une zone distincte pour regrouper les patients présentant des symptômes d'infections transmissibles similaires.
- Elle est à proximité des aires de consultation et d'examen, traitements en hémato-oncologie, en radio-oncologie et en planification, simulation et simulation de contrôle.
- Prévoir une distribution claire et simple des parcours circulatoires entre les unités fonctionnelles ainsi qu'une signalisation efficace.
- Situer cette zone de manière à faciliter les circulations vers les zones intersectorielles (vers l'hôpital).
- La salle d'attente doit être dotée d'un PLM, d'une cloche d'appel et de matériel permettant l'application de l'étiquette respiratoire.
- Concevoir ces espaces de manière à favoriser les échanges et le travail d'équipe du personnel dans une atmosphère conviviale, tout en assurant la confidentialité des renseignements des patients.
- La configuration du poste de réception et d'accueil doit assurer l'intimité du patient et faciliter la communication avec le personnel. Il doit aussi contenir des écrans protecteurs pour le personnel.
- Le poste des rendez-vous est intégré afin de réduire les déplacements, de faciliter le suivi des patients, d'optimiser les ressources humaines affectées à ces tâches et d'assurer une meilleure coordination des activités.
- Le poste des rendez-vous doit être aménagé de façon à permettre la confidentialité des informations qui y transitent, tant verbalement qu'électroniquement.

POUR COMMENTAIRES

- Le centre de documentation et d'information sur le cancer dédié aux patients et à leurs proches permet les échanges sur la maladie afin de stimuler leur participation dans les soins et la prévention de la maladie.
- Un espace café inclus dans l'aire d'accueil et d'attente est prévu afin de rendre l'attente plus conviviale pour les patients et les accompagnants.
- Dans le cas où des ascenseurs seraient prévus, l'aire d'accueil principale doit avoir un lien visuel avec cette circulation verticale vers une zone de soin située sur un étage supérieur ou inférieur et le cas échéant vers l'hôpital.
- Assurer l'accessibilité universelle.
- Prévoir l'accessibilité du débarcadère au transport adapté et aux ambulances (notamment pour l'arrivée de patients provenant de sites externes).
- Protéger l'accès du débarcadère par une marquise.
- Marquer l'entrée du centre par une double hauteur.
- Assurer un apport d'éclairage naturel et une vue sur l'extérieur.
- Aménager l'espace de façon à éviter d'obstruer la circulation des fauteuils roulants et des civières.
- Aménager l'aire d'attente à proximité des toilettes, d'une fontaine d'eau, d'un téléphone public et d'une machine distributrice.
- Situer les toilettes de façon à ce que les portes ne s'ouvrent pas directement sur l'aire d'accueil et d'attente.
- Prévoir l'espace pour localiser des machines distributrices.
- Assurer le respect des normes de prévention et de contrôle des infections en aménageant une section pour personnes atteintes d'infections.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m²	Sup. Totale m²
GROUPE A - ACCUEIL					
A.01.	**Accueil et soutien à la clientèle**				
A.01.01	Vestibule d'entrée		1	8,0	8,0
A.01.02	Attente	36 places dont 2 fauteuils roulants et 2 fauteuils bariatriques, poste d'hygiène respiratoire, espace téléphone, fontaine d'eau et machine distributrice	1	64,5	64,5
A.01.03	Accueil	2 postes pour agent administratif	1	15,0	15,0
A.01.04	Photocopie et papeterie		1	6,0	6,0
A.01.05	Toilette		1	2,5	2,5
A.01.06	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
A.01.10	Dépôt matériel roulant		1	5,0	5,0
A.01.11	Salle de documentation	information pour les patients et leur famille	1	11,0	11,0
		Sous-total superficie nette			**116,5**
		Superficie totale F1 secteur A.01	**1,45**		**168,9**

POUR COMMENTAIRES

Groupe B – Aire de consultation et d'examen

B.01 – Salles de consultation et examen

L'aire de consultation regroupe l'ensemble des salles où le patient rencontrera le médecin ou tout autre professionnel de la santé (incluant les infirmières, les pharmaciens, les médecins spécialistes, les nutritionnistes, les psychologues, etc.) pour des examens médicaux, des consultations et suivis post-traitement, des prélèvements, une évaluation médicale et le sans rendez-vous oncologique.

Ce regroupement de salles d'examen et de consultation dans une même zone favorise les concepts d'intégration de l'expertise et de l'interdisciplinarité des équipes médicales permettant de privilégier les soins centrés sur les besoins du patient. En ce sens, ce sont l'équipe médicale et l'équipe professionnelle qui se dirigent vers le patient, ce dernier devant se déplacer le moins possible en période de traitements, tout en lui permettant de voir le plus grand nombre de spécialistes et de professionnels. Par la polyvalence des salles non dédiées, le patient est amené à rester dans la même salle d'examen ou de consultation et à rencontrer les divers professionnels de la santé qui, eux, se déplacent vers le patient.

Parmi ces salles, deux sont dédiées principalement à l'examen par l'infirmière en radio-oncologie et à la consultation et aux prélèvements faits par l'infirmière en hémato-oncologie. De plus, on prévoit l'aménagement d'une salle de consultation en télémédecine équipée d'un poste type « visio » pour toute consultation à distance.

L'aménagement de cette zone devra également permettre la circulation des médecins et des professionnels dans une zone dédiée, alors que les patients circuleront en périphérie par les corridors publics. Ce principe de double circulation (public/privé) doit être considéré dans l'aménagement de l'aire de consultation. Les espaces de circulation médicale privée favoriseront les échanges sur les cas entre les différentes spécialités médicales et les professionnels traitants et le travail des dossiers des patients. Concrètement, une aire de travail dédiée exclusivement aux médecins et aux professionnels sera aménagée à l'intérieur de l'aire de consultation, assurant ainsi la discrétion des discussions professionnelles. Cette aire de travail se trouve dans l'unité fonctionnelle *Aire clinico-administrative* sous *Bureaux clinico-administratifs*.

Cette zone contient également la salle multifonctionnelle (25 personnes) qui sera équipée de visioconférence. Principalement, cette salle sera utilisée selon une configuration permettant la flexibilité d'une salle de formation de groupe.

Elle sera occupée par des patients, stagiaires, résidants médicaux, technologues et physiciens, radio-oncologues, oncologues, professionnels, personnel du CUSM et fournisseurs ou pour tout autre besoin spécifique.

POUR COMMENTAIRES

Elle servira pour des activités de formation, d'enseignement, des conférences, des activités de formation des équipes, des réunions et principalement pour les échanges entre le centre satellite et le centre serveur du CUSM. Elle servira aussi aux patientes inscrites au programme *Belle et Bien dans sa peau*.

Les équipements requis pour certaines de ces salles sont indiqués à l'annexe 4 dans le Tableau des particularités des locaux cliniques.

Cadre normatif et règlementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Guide des cliniques externes, 2012
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011

Critères d'aménagement

- Positionner l'aire de consultation et d'examen à proximité de l'entrée et de l'attente principale pour diminuer les déplacements des patients.
- Regrouper tous les espaces de consultation en un même lieu et y inclure des espaces de discussion de cas à proximité des salles d'examen.
- Optimiser l'apport en lumière dans les espaces de circulation.
- Réduire au minimum les distances de parcours des patients.
- Prévoir au minimum une largeur de corridor permettant deux patients en fauteuil roulant de s'y croiser.
- Assurer la plus grande confidentialité des conversations dans les salles d'examen et bureaux de consultation.
- Situer les salles loin de toute source importante de bruit.
- Regrouper les activités de façon à privilégier l'utilisation d'espaces et de services communs.
- Concevoir des espaces polyvalents, flexibles et adaptables en adoptant des dimensions uniformes ou des multiples.
- Prévoir deux accès dans chaque salle d'examen et de consultation et dans la salle multifonctionnelle pour une sortie vers le corridor public et l'autre vers le corridor médical et l'aire de travail multidisciplinaire privée et dédiée au personnel médical.
- Organiser les circulations internes directes afin que les activités d'un secteur ne gênent pas celles d'un autre.

POUR COMMENTAIRES

- La configuration du corridor interne devra favoriser le calme et la concentration, tout en permettant le travail interdisciplinaire.
- Organiser les lieux de travail de manière à favoriser les échanges entre les intervenants par un corridor médical.
- Assurer un contrôle des accès vers le corridor médical.
- Considérer que la majorité de la clientèle est accompagnée d'un proche ou de plusieurs proches.
- Aménager les locaux de manière à respecter les normes relatives à la prévention des infections.
- Aménager les salles d'examen de façon à ce que les tables puissent être accessibles sur trois côtés.
- Aménager les salles d'examen de façon à ce que le médecin soit placé du côté droit lorsqu'il ausculte un patient.
- Prévoir un poste de lavage de mains réservé au personnel dans chacune des salles d'examen.
- Prévoir un espace pour recevoir la clientèle mobilisée sur une civière ou un fauteuil roulant motorisé.
- Regrouper les espaces du « sans rendez-vous » oncologique et des prélèvements pour un meilleur partage des ressources humaines.
- Prévoir que le mobilier et l'espace de travail dans les salles d'examen soient en mesure de recevoir deux écrans d'ordinateur.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m²	Sup. Totale m²
GROUPE B - AIRE DE CONSULTATION					
B.01.	**Salles de consultation et examen**				
B.01.01	Salle de consultation/entrevue polyvalente	rencontre patient/professionnel : pharmacien, nutritionniste, intervenant social, etc.	3	12,0	36,0
B.01.02	Salle de consultation/entrevue	rencontre avec le professionnel (infirmière pivot) dédié en hémato-oncologie	1	12,0	12,0
B.01.03	Salles d'examen polyvalentes	rencontre patient/médecin/résident avec poste de travail pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	3	14,0	42,0
B.01.04	Salle d'examen	examen avec le professionnel (infirmière) dédié en radio-oncologie	1	14,0	14,0
B.01.05	Salle multifonctionnelle	25 places	1	50,0	50,0
B.01.06	Salle de consultation en télémédecine	consultation médicale à distance patient/médecin	1	11,0	11,0
		Sous-total superficie nette			**165,0**
		Superficie totale F1 secteur B.01	**1,55**		**255,8**

POUR COMMENTAIRES

Groupe C – Aire de traitement hémato-oncologie

C.01 - Traitement en hémato-oncologie

L'aire de traitement en hémato-oncologie s'adresse principalement à une clientèle de patients « ambulatoires », bien qu'à l'occasion à des patients hospitalisés également. Les patients ambulatoires transitent en premier lieu par l'accueil à partir duquel il est invité à se rendre vers la salle d'attente secondaire où se trouvent également les vestiaires pour ces patients. Les flux circulatoires présentés plus haut illustrent le parcours du patient ambulatoire et hospitalisé.

L'aire de traitement se compose d'aires de fauteuils (8) et d'aires de traitement adaptées (2 lits bariatriques) ainsi que deux salles de traitement fermées dédiées spécifiquement aux isolements respiratoires et infectieux. Les aires de fauteuils et lits bariatriques sont attenantes aux locaux et espaces cliniques utilisés par les professionnels. Les patients, tout en étant étroitement surveillés, doivent bénéficier d'un espace chaleureux, intime, lumineux et rassurant.

La durée moyenne d'un traitement est de l'ordre de trois heures, mais peut également varier entre deux et quatre heures.

Il faut considérer que certains patients peuvent avoir une mobilité réduite ou être traités sur civières et qu'ils peuvent, à l'occasion, subir des effets secondaires importants.

Cadre normatif et règlementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 2012.
- MSSS, Guide des cliniques externes, 2012
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011

Critères d'aménagement

- Privilégier une zone calme, tranquille et sécurisante.
- Assurer obligatoirement un apport d'éclairage naturel dans chaque espace de fauteuil ou de civière ainsi que des vues sur l'extérieur.
- Privilégier l'intimité du patient.
- Prévoir un espace de rangement dans le salon des visiteurs pour les objets personnels du patient.
- Assurer l'autonomie du patient assis ou couché sur de longues périodes en lui permettant de contrôler son environnement.
- Assurer la confidentialité des échanges entre les intervenants.

POUR COMMENTAIRES

- Aménager les aires de fauteuil de manière identique pour favoriser les interventions rapides et les gestes répétitifs.
- Prévoir une assise pour les accompagnants n'entravant pas les dégagements requis autour du fauteuil du patient ou de la civière.
- Subdiviser les aires de traitement en nombre pair.
- Prévoir l'aménagement de deux salles de traitement fermées.
- Prévoir l'aménagement d'un sas pour les deux salles de traitement fermées.
- Prévoir trois postes pour l'aire de préparation des soins.
- Faciliter la surveillance des aires de traitement à partir des postes de l'aire de préparation des soins.
- Aménager les locaux de manière à respecter les normes relatives à la prévention des infections.
- Prévention des infections : prévoir des postes de lavage de mains (PLM) dédiés au personnel.
- Privilégier des couleurs, finis et mobiliers qui donneront un environnement calme et reposant sans compromettre la facilité d'entretien pour le contrôle des infections.
- Prévoir un système d'appel de garde.
- Assurer le contrôle des accès à l'aire de traitement.
- Prévoir des bornes de télécommunication pour brancher tous les postes de traitement.
- Prévoir un système mécanique qui tienne compte de la sensibilité particulière des clients aux odeurs et au bruit.
- Équiper les aires de traitement de courant électrique, de prises réseau et de gaz médicaux (oxygène).
- Positionner l'aire de traitement en retrait des circulations principales afin d'assurer la tranquillité requise
- Favoriser l'autonomie des patients en leur permettant (ou aux accompagnants) d'agir sur leur environnement à partir de leur fauteuil avec un bras immobilisé : contrôle des fauteuils, de l'appel de garde, de la télévision, de l'ordinateur, de la musique et de l'éclairage de tâche sur gradateur et autres.
- Favoriser la communication bidirectionnelle patient-personnel. Assurer une visibilité complète et constante de tous les patients et accompagnants et des aires de circulation par le personnel (incluant les salles de traitement fermées).
- Faciliter la vitesse d'intervention auprès du patient et favoriser un accès rapide aux chariots d'urgence.

POUR COMMENTAIRES

- Positionner les aires de traitement fermées à l'entrée de l'unité de traitement pour éviter que les patients contaminés ne circulent à travers les autres patients.
- Localiser l'aire du groupe C à un étage hors-sol.
- Positionner l'aire réservée aux préparations stériles (pharmacie satellite) de manière à ce qu'elle soit adjacente à l'aire de traitement en hémato-oncologie.
- Établir un lien facile et rapide pour les médecins et les professionnels entre les espaces de consultation et d'examen et l'aire de traitement en hémato-oncologie.
- Placer les postes de travail des professionnels près de l'aire réservée aux préparations stériles afin de faciliter les échanges des médicaments et des informations entre les infirmières et des pharmaciens.
- Prévoir une aire de travail (2 postes) et une table de rencontre (4 places) pour le personnel (agent administratif, secrétaire et personnel médical).
- Prévoir l'accès à la salle d'évaluation par le patient à partir du corridor public pour la prise des signes vitaux avant les traitements.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m²	Sup. Totale m²
GROUPE C - AIRE DE TRAITEMENT HÉMATO-ONCOLOGIE					
C.01	**Traitement en hémato-oncologie**				
C.01.01	Salle d'évaluation	évaluation par l'infirmière avant les traitements (signes vitaux, labo et prélèvements)	1	11,0	11,0
C.01.02	Poste de garde	aire de préparation des soins (3 postes)	1	15,0	15,0
C.01.03	Aire de travail	2 postes + aire de rencontre (4 places)	1	20,0	20,0
C.01.04	Aire de traitement	8 fauteuils	8	7,5	60,0
C.01.05	Aire de traitement adaptée	2 lits, dont un bariatrique	2	13,0	26,0
C.01.06	Salle de traitements fermée	isolement respiratoire	1	12,0	12,0
C.01.07	Salle de traitements fermée	isolement infectieux	1	12,0	12,0
C.01.08	SAS	pour salle de traitement fermée	2	4,0	8,0
C.01.09	Toilette adaptée	pour salle de traitement fermée	2	4,5	9,0
C.01.10	Utilité souillée	incluant déchets cytotoxiques	1	11,0	11,0
C.01.11	Utilité propre		1	9,0	9,0
C.01.12	Toilette adaptée	pour aire de traitement	2	4,5	9,0
C.01.13	Toilette du personnel		1	2,5	2,5
C.01.14	Salle attente secondaire/Salon des patients/accompagnateurs/visiteurs	20 places dont 2 fauteuils roulants et 1 fauteuil bariatrique, avec espace cuisinette (café, frigo, TV, micro-ondes) et 10 casiers	1	40,5	40,5
C.01.15	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
		Sous-total superficie nette			**247,0**
		Superficie totale F1 secteur C.01	**1,45**		**358,2**

POUR COMMENTAIRES

C.02 - Aire réservée aux préparations stériles – pharmacie satellite oncologie

L'aire réservée aux préparations stériles est en lien étroit avec l'aire de traitement en hémato-oncologie. Elle doit regrouper tous les locaux nécessaires à la préparation en milieu stérile et aux vérifications rigoureuses des produits administrés aux patients en traitement d'hémato-oncologie.

La conception de l'aménagement de la gestion des déchets cytotoxiques devra être conforme à la réglementation en vigueur. Dans le Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda, les déchets cytotoxiques sont prévus être gérés et traités dans l'aménagement de l'aire de traitement en hémato-oncologie au moyen de l'utilité souillée.

Cette zone est réservée uniquement aux professionnels et aux employés œuvrant au sein des aires stériles. Le personnel médical doit avoir accès facilement et efficacement aux médicaments pour le traitement des patients, notamment par l'aménagement de passe-plats.

Les préparations stériles destinées à d'autres sites du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue seront prises en charge par la pharmacie satellite.

Cadre normatif et règlementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales. 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Guide des aires réservée aux préparations stériles, juin 2016.
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011.
- ASSTSAS, Guide d'ergonomie pour les pharmacies des établissements de santé, 2007.
- ASSTSAS, Guide de prévention, Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, 2008.
- Ordre des pharmaciens du Québec.
- USP-797.
- USP-800.
- ISO-7 & ISO-8.
- Loi sur la pharmacie (LRQ, P -10).
- Loi sur la santé et la sécurité au travail, LRQ. S-2.1 (art. 49 et 51).
- Règlement sur la santé et la sécurité au travail (LRQ, c. S-2.1, r.13), en particulier les articles concernant les contaminants.

POUR COMMENTAIRES

Critères d'aménagement

- Aménager et contrôler l'environnement de l'ensemble des aires réservées aux préparations stériles, de façon à réduire le risque de contamination aérienne de la zone.
- Prévoir l'aménagement d'un sas adjacent à la salle blanche.
- Prévoir l'installation de deux enceintes de sécurité biologiques (hottes) dédiées à la salle blanche.
- Prévoir une aire de préparation du BCG fermée avec ventilation dédiée conforme aux normes de l'OPQ.
- Prévoir un espace dédié aux préparations de médicaments destinés aux autres sites de la région qui offrent aussi les services de traitement en hémato-oncologie.
- Prévoir un accès par la circulation principale pour permettre la cueillette des préparations de médicaments pour les sites externes desservis par la pharmacie satellite du Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda.
- Privilégier l'installation de passe-plats pour réduire les déplacements du personnel médical entre l'aire réservée aux préparations stériles et l'aire de traitement en hémato-oncologie.
- Localiser l'aire du groupe C à un étage hors-sol.
- Localiser les aires réservées aux préparations stériles de façon à éviter les déversements de liquides provenant d'autres unités fonctionnelles voisines (étages supérieurs ou adjacents, le cas échéant).
- Appliquer les recommandations et la réglementation en matière d'élimination des différents types de déchets.
- Séparer le flux des produits entrants de celui des produits sortants, notamment dans l'aire de déballage (2 portes).
- Restreindre l'accès aux aires de préparation stériles et la circulation dans ces aires.
- Prévoir l'aire de déshabillage à l'entrée de la zone de soutien.
- Faciliter le remplacement ou l'installation éventuelle des équipements, plus spécifiquement les deux enceintes de sécurité biologiques (hottes) dans la salle blanche.

POUR COMMENTAIRES

C.02 - Aire réservée aux préparations stériles – pharmacie satellite oncologie (suite)

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE C - AIRE DE TRAITEMENT HÉMATO-ONCOLOGIE					
C.02	**Aire réservée aux préparations stériles - pharmacie satellite oncologie**				
C.02.01	Zone de soutien	inclut poste de saisie et deux passe-plats	1	35,0	35,0
C.02.02	Salle blanche - SCAS oncologie	salle blanche avec deux hottes dédiées	1	15,0	15,0
C.02.03	SAS	adjacent à la salle blanche	1	5,5	5,5
C.02.04	Aire de préparation du BCG	fermée et ventilation dédiée - requis norme OPQ	1	5,0	5,0
C.02.05	Aire de déballage	inclut nettoyage et désinfection - 2 portes	1	6,0	6,0
C.02.06	Bureau partagé	pharmaciens (2)	1	11,0	11,0
C.02.07	Dépôt hygiène et salubrité	dédié à la pharmacie satellite et inclut lavabo	1	3,0	3,0
C.02.08	Douche d'urgence		1	1,5	1,5
C.02.09	Aire de déshabillage	pour personnel salle blanche inclut PLM	1	2,5	2,5
		Sous-total superficie nette			**84,5**
		Superficie totale F1 secteur C.02	**1,45**		**122,5**

POUR COMMENTAIRES

Groupe D – Plateau technique

D.01 - Planification, simulation et simulation de contrôle

Attente secondaire

Le plateau technique comportant l'aire de Planification, simulation et simulation de contrôle permet de recevoir, dans une aire d'attente secondaire dite « attente secondaire *déshabillée* », les patients qui sont dirigés vers la salle d'imagerie CT-Simulateur. Cette aire d'attente secondaire est dédiée aux patients. Un seul proche peut accompagner le patient jusqu'à l'attente secondaire « déshabillée ».

Cette zone dispose d'une aire d'attente civière, de toilettes adaptées, d'alcôves (casiers, lingerie) ainsi que de salles de déshabillage adaptées, incluant un poste de lavage des mains (PLM).

Cadre normatif et règlementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011.

Critères d'aménagement

- Assurer l'accessibilité universelle.
- Privilégier une zone d'attente calme, tranquille et sécurisante.
- Assurer un apport d'éclairage naturel et/ou une vue sur l'extérieur.
- Prévoir l'espace d'attente secondaire « déshabillée » de manière à ce qu'il garantisse l'intimité des patients en jaquette et qu'il soit à l'abri des regards des patients et/ou accompagnants qui ne sont pas en traitement.
- Prévoir une signalisation claire indiquant que l'aire d'attente secondaire « déshabillée » n'est accessible que pour les patients en **traitement** et son accompagnant.
- Prévoir une attente civière et une toilette adaptée.
- Prévoir les salles de déshabillage adaptées.
- Prévoir un poste de lavage de mains (PLM) et un miroir dans les salles de déshabillage des patients.
- Prévoir une alcôve casiers pour les patients.
- Prévoir une distribution claire des circulations vers les différents secteurs dédiés aux patients ainsi qu'une signalisation efficace.

POUR COMMENTAIRES

Planification, simulation et simulation de contrôle

Globalement, ce plateau technique regroupe les activités préalables aux traitements de radio-oncologie, soit les locaux dédiés à la planification des traitements de radio-oncologie et la simulation. On y retrouve la salle de fabrication d'accessoires de positionnement et d'immobilisation des patients (salle de moulage) combinée à la salle d'imagerie où sont réalisés les simulations et les examens CT-SIM nécessaires à la planification des traitements de radio-oncologie.

Les activités de la salle du CT-SIM sont dédiées en radio-oncologie et ont priorité. Toutefois, elle peut, si requis, permettre la flexibilité de réaliser tout examen courant ou régulier par imagerie médicale.

La salle de CT-SIM combinée à la préparation des moulages servira également aux perfusions pour simulation par contraste.

L'exercice de simulation concerne la première irradiation faite à un patient afin de valider l'exactitude de la planification. Cet exercice se fait à l'aide du CT-Simulateur et d'un système de lasers de positionnement localisés dans le local blindé.

Il est possible qu'un patient soit revu en simulation en cours de traitement dans le but d'ajuster ses traitements, le cas échéant. Dans ce cas, il s'agit d'une simulation de contrôle.

Ces activités ainsi que la préparation des moulages, sont réalisées dans le même local, soit la salle du CT-Simulateur. Cette salle doit prévoir des espaces de travail et de préparation des moulages ainsi que le rangement des moules et coussins. La salle doit avoir un poste de lavage des mains (PLM). Les équipements et accessoires requis sont indiqués à l'annexe 4 dans le Tableau des particularités des locaux cliniques.

La salle comporte son propre poste de contrôle fermé. Un espace de travail attenant au poste de contrôle est prévu afin de permettre les simulations virtuelles en maintenant la confidentialité pour les patients.

L'aménagement et le blindage de la salle de CT-SIM sont prévus en collaboration avec le Service de physique médicale et radioprotection afin de s'assurer de respecter les règlements de Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN) et les normes de bonnes pratiques en radioprotection pour assurer la sécurité des usagers et du personnel soignant.

POUR COMMENTAIRES

La salle du CT-SIM et les locaux adjacents sont aménagés pour respecter les normes de sécurité propres à ce type d'équipements, notamment le respect de la division des espaces en quatre zones, comme recommandé par l'American College of Radiology.

Cet espace est destiné à une clientèle ambulatoire ou sur civière ainsi qu'aux professionnels travaillant en planification et simulation. La salle CT-SIM et la salle de contrôle sont interdites d'accès aux accompagnants des patients.

Cadre normatif et réglementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011.
- CCSN, Règlement sur les installations nucléaires et l'équipement règlementé de catégorie II.

Critères d'aménagement

- Assurer l'accessibilité universelle.
- Privilégier une salle favorisant le calme, la tranquillité et la sécurité.
- Aménager la salle CT_SIM avec un éclairage, une musique et un décor apaisants afin de réduire le stress du patient causé par la présence d'un équipement et d'une technologie imposants. Le plafond au-dessus de la planche horizontale de l'équipement est conçu avec un aspect visuel apaisant.
- Séparer physiquement cette zone des zones de traitements de radio-oncologie afin d'atténuer les craintes de la clientèle en début de traitement.
- Prévoir une distribution claire des circulations vers les différentes unités fonctionnelles dédiées aux patients ainsi qu'une signalisation efficace.
- Pour les locaux accessibles aux patients, aménager l'espace de façon à ne pas obstruer la circulation des fauteuils roulants et des civières.
- Planifier le parcours des équipements, pour faciliter leur installation et leur remplacement et sur l'importance de prévoir les largeurs requises pour le passage des équipements.
- Aménager la salle de contrôle adjacente à la salle CT-Simulation afin d'assurer la confidentialité des discussions du personnel médical en relation avec les corridors, la salle d'attente secondaire et les salles de déshabillage adjacentes.
- Aménager la salle de contrôle adjacente à la salle CT-Simulation afin que le personnel puisse conserver un contact visuel direct sur le patient en simulation et en planification.

POUR COMMENTAIRES

- Prévoir un transformateur pour le CT-SIM (600V/480V) ainsi que des équipements de refroidissement d'eau selon le manufacturier.
- Aménager une salle mécanique pour l'installation de deux génératrices de capacité suffisante pour l'hôpital et le futur centre en cas de panne électrique majeure ou en anticipation d'une durée prolongée. **Les génératrices sont fournies par le CISSS-AT**.
- Prévoir une alimentation électrique des équipements de contrôle et ordinateurs en cas de panne électrique majeure ou en anticipation d'une durée prolongée.
- Établir les exigences de radioprotection selon une étude effectuée par un physicien médical (blindage).
- Prévoir une porte blindée vitrée.
- Aménager les locaux de manière à respecter les normes relatives à la prévention des infections.
- Contrôler les accès à la salle de contrôle et à la salle CT-Simulateur.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE D - PLATEAU TECHNIQUE					
D.01	**Planification, simulation et simulation de contrôle**				
D.01.01	Attente secondaire	patients déshabillés 4 places dont 1 fauteuil roulant et 1 fauteuil bariatrique	1	10,5	10,5
D.01.02	Attente | civière	1 civière	1	3,5	3,5
D.01.03	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
D.01.04	Cabine de déshabillage adaptée	inclut lavabo	2	4,5	9,0
D.01.05	Alcôve	4 casiers	1	2,0	2,0
D.01.06	Poste de travail	laboratoire physique et instrumentation pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	1	4,0	4,0
D.01.07	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
D.01.08	Dépôt fourniture propre		1	5,0	5,0
D.01.09	Salle de CT-Simulateur combinée avec salle de moulage	**exclut** les superficies du blindage* inclut un espace pour le moulage et un PLM	1	60,0	60,0
D.01.10	Salle de contrôle CT-Simulateur		1	20,0	20,0
		Sous-total superficie nette			**120,5**
		Superficie totale F1 secteur D.01	**1,55**		**186,8**

POUR COMMENTAIRES

D.02 - Traitement de radio-oncologie

Attente secondaire

Le plateau technique de traitement en radio-oncologie permet de recevoir, dans une aire d'attente secondaire dite « attente secondaire *déshabillée* », les patients qui sont dirigés vers les salles des accélérateurs linéaires. Cette aire d'attente secondaire est dédiée aux patients et à son accompagnant.

Elle permet de préserver l'intimité du patient et d'éviter qu'il ait à croiser les circulations publiques après avoir revêtu une jaquette. L'aire attente secondaire est attenante aux salles de déshabillage adaptées, à l'aire d'attente civière, à la toilette adaptée et aux alcôves casiers et lingerie.

Traitement de radio-oncologie

Les deux salles des accélérateurs linéaires[2] en radio-oncologie sont situées dans un secteur semi-restreint. Les espaces adjacents comprennent la salle de contrôle.

L'importante épaisseur des murs de béton avec blindage de ces salles, requise en raison de la radioprotection, impacte grandement l'organisation du secteur et du centre. Cette zone de traitement est fréquentée par les patients ambulants ou sur civière en provenance des unités de soins hospitaliers de l'hôpital ou d'un autre hôpital de la région ainsi que les physiciens et le personnel attitré aux salles de contrôle. Ces espaces sont interdits aux accompagnants des patients.

Cette zone de traitement devra être conçue de façon à permettre la construction d'une troisième salle blindée avec accélérateur linéaire ainsi qu'une salle de contrôle adjacente. Cette salle additionnelle donnera la flexibilité nécessaire à l'entretien, la réparation et/ou le remplacement éventuel des autres accélérateurs linéaires au terme de leur vie utile.[3]

Les équipements et accessoires requis sont indiqués à l'annexe 4 dans le Tableau des particularités des locaux cliniques.

Cadre normatif et réglementaire

- MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.
- MSSS, Guide d'aménagement des centres hospitaliers, juin 2011.
- CCSN, Règlement sur les installations nucléaires et l'équipement règlementé de catégorie II.

[2] Deux voûtes seront construites. Un seul accélérateur linéaire sera installé en 2021. Un deuxième accélérateur linéaire sera acheté selon les besoins cliniques par la suite.

[3] Prévoir cette éventualité aux plans de conception, demandée par le MSSS lors des commentaires faits au Plan fonctionnel – avancement 75 %.

POUR COMMENTAIRES

Critères d'aménagement

- Les salles de traitement LINAC sont aménagées avec un éclairage, une musique et un décor apaisants afin de réduire le stress du patient causé par la présence d'un équipement et d'une technologie imposants. Le plafond au-dessus de l'accélérateur est conçu avec un aspect visuel intéressant tel qu'une image rétroéclairée ou autre.
- Chaque salle de traitement contient un lavabo servant, entre autres, à l'hygiène des mains et un miroir dédié aux patients.
- Chaque salle de traitement contient un évier pour le nettoyage ponctuel de matériel.
- Aménager la salle de contrôle adjacente à chaque salle de traitement afin d'assurer la confidentialité des discussions du personnel médical en relation avec les corridors, la salle d'attente secondaire et les salles de déshabillage adjacentes.
- Prévoir un corridor en chicane pour accéder à la salle de traitement qui inclut également des armoires de rangement.
- Prévoir un système de sécurité par ondes lumineuses à l'entrée de la salle de traitement. Aucune porte blindée ne sera installée.
- Prévoir des espaces suffisants pour l'entreposage des moules et des masques dans les salles de traitement, en plus de tous les équipements requis pour le fonctionnement des appareils.
- L'aménagement et le blindage des salles de traitement de radio-oncologie seront prévus en collaboration avec le Service de physique médicale et radioprotection du CUSM afin de respecter les règlements de la CCSN et les normes de bonnes pratiques en radioprotection pour s'assurer la sécurité des patients et du personnel médical.
- Établir les exigences de radioprotection selon une étude effectuée par un physicien médical.
- Le Service de physique médicale et radioprotection sera également responsable de mener à bien les démarches visant l'obtention des différents permis nécessaires à la construction, à la mise en opération et à l'exploitation des appareils de traitement de radio-oncologie.
- Prévoir une alimentation électrique des équipements de contrôle et des ordinateurs en cas de panne électrique majeure ou en anticipation d'une durée prolongée.
- Prévoir l'installation d'une génératrice en cas de panne électrique majeure ou en anticipation d'une durée prolongée.

POUR COMMENTAIRES

- Prévoir un système de refroidissement d'eau pour les accélérateurs linéaires (pompe et échangeur de chaleur).
- Pour les cas de patients urgents (à traiter en moins de 24 h) s'il survenait une panne électrique, des processus de transfert seraient alors immédiatement mis en place par l'établissement d'un plan de contingences avec le centre serveur du CUSM.
- La configuration et le positionnement des salles viseront à minimiser les besoins en blindage en favorisant le jumelage des salles pour permettre le partage des murs blindés. Les espaces seront également conçus de façon à faciliter les futurs remplacements d'appareils.
- Faciliter l'accès et le parcours des appareils lors des réparations et des remplacements, entre autres, en évaluant le trajet des pièces d'équipements médicaux en considérant l'emballage, leurs dimensions, leur poids et leur volume.
- Considérer les dimensions des portes, ascenseurs, corridors, quai de déchargement ou autres ouvertures tout au cours du trajet vers ou à l'extérieur de la salle.
- Faciliter non seulement l'installation, mais également le remplacement et l'entretien des appareils en situant les appareils majeurs, imposants et contraignants (en termes de poids ou de dimensions notamment) au périmètre ou sous un puits d'accès afin de faciliter leur remplacement.
- Positionner les locaux techniques de façon à en faciliter accès sans interrompre les activités.
- Aménager les locaux de manière à respecter les normes relatives à la prévention des infections.
- Positionner et configurer les salles de façon à éviter les fuites d'eau et de la mettre à l'abri de l'humidité, de la vermine, de la poussière, des vapeurs toxiques, des vibrations, etc.
- Favoriser un apport de lumière naturelle dans les bureaux ou fenêtrer les locaux donnant sur les aires de circulations lorsqu'ils ne peuvent être éclairés naturellement.

POUR COMMENTAIRES

D.02 - Traitement de radio-oncologie (suite)

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE D - PLATEAU TECHNIQUE					
D.02.	**Traitement en radio-oncologie**				
D.02.01	Attente secondaire déshabillée	8 places dont 1 fauteuil roulant et 1 fauteuil bariatrique	1	13,5	13,5
D.02.02	Attente | civière	1 civière	1	3,5	3,5
D.02.03	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
D.02.04	Cabine de déshabillage adaptée		3	4,5	13,5
D.02.05	Alcôve	10 casiers	1	4,0	4,0
D.02.06	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
D.02.07	Salles d'accélérateur linéaire - LINAC	la superficie **exclut** le blindage* mais inclut le labyrinthe et la salle technique adjacente - pas de porte blindée + PLM	2	100,0	200,0
D.02.08	Salle de contrôle		2	20,0	40,0
		Sous-total superficie nette			**281,0**
		Superficie totale F1 secteur D.02	**1,55**		**435,6**

POUR COMMENTAIRES

Groupe E - Aire clinico-administrative

L'aire clinico-administrative regroupe les locaux dédiés au personnel, les bureaux clinico-administratifs et le secteur Physique.

E.01 - Locaux dédiés au personnel

Les locaux dédiés au personnel regroupent la salle de repos (mini cuisinette : micro-ondes, réfrigérateur, café et repos), les toilettes et les vestiaires du personnel ainsi qu'une salle de réunion/enseignement pour huit personnes.

Ces espaces sont dédiés aux médecins, professionnels ainsi qu'au personnel de support œuvrant au centre de cancérologie. Les patients et les accompagnants n'y ont pas accès.

Cadre normatif et règlementaire

MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.

Critères d'aménagement

- Favoriser un apport de lumière naturelle dans les aires de repos ou fenêtrer les locaux donnant sur les aires de circulation lorsqu'ils ne peuvent être éclairés naturellement.
- Sécuriser les accès à l'aire dédiée au personnel.
- Regrouper l'ensemble des espaces clinico-administratifs dans une zone à circulation restreinte accessible seulement par le personnel administratif, professionnel et médical.
- Prévoir l'aménagement des vestiaires du personnel avec 35 casiers de pleine hauteur.
- Situer les toilettes du personnel près de la salle de repos.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m²	Sup. Totale m²
GROUPE E - AIRE CLINICO-ADMINISTRATIVE					
E.01.	**Locaux partagés dédiés au personnel**				
E.01.01	Salle de repos du personnel	18 personnes; inclut espace cuisinette - café - micro-ondes - réfrigérateur	1	40,0	40,0
E.01.02	Toilette du personnel		2	2,5	5,0
E.01.03	Vestiaire du personnel	36 casiers	1	14,4	14,4
E.01.04	Salle de réunion - enseignement	8 personnes	1	16,0	16,0
		Sous-total superficie nette			**75,4**
		Superficie totale F1 secteur E.01	**1,45**		**109,3**

POUR COMMENTAIRES

E.02 - Bureaux clinico-administratifs

Les bureaux clinico-administratifs regroupent l'ensemble des bureaux administratifs dédiés aux médecins (radio-oncologues, oncologues et physiciens) et au chef de service clinico-administratif, au technicien en informatique ainsi qu'un bureau polyvalent pour formateur, stagiaire, résident et autres. Tous ces bureaux sont des bureaux partagés avec deux postes de travail, à l'exception du bureau du chef de service.

Cette zone comprend également l'aire de travail multidisciplinaire adjacente à l'aire de consultation et d'examen et comprend cinq postes de travail dédiés exclusivement aux médecins, spécialistes, internes et professionnels, tel que décrit dans le groupe B précédemment.

Cadre normatif et règlementaire

MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition,14 juin 2012.

Critères d'aménagement

- Favoriser un apport de lumière naturelle dans les bureaux administratifs des médecins.
- Dimensionner les locaux de façon à faciliter la flexibilité et la polyvalence des espaces.
- Fenêtrer les locaux donnant sur les aires de circulations lorsqu'ils ne peuvent être éclairés naturellement.
- Sécuriser les accès à la zone des bureaux clinico-administratifs.
- Regrouper tous les bureaux prévus dans cette zone afin de faciliter la multidisciplinarité.
- Prévoir des bureaux à occupation double pour les radio-oncologues, les oncologues, le bureau polyvalent et le bureau du technicien en informatique.
- Regrouper l'ensemble de l'aire clinico-administrative dans une zone à circulation restreinte seulement accessible par le personnel administratif, professionnel et médical.

POUR COMMENTAIRES

E.02 - Bureaux clinico-administratifs (suite)

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE E - AIRE CLINICO-ADMINISTRATIVE					
E.02.	**Bureaux clinico-administratifs**				
E.02.01	Bureau partagé	médecins oncologues (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.02	Bureau partagé	médecins radio-oncologues (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.03	Bureau partagé	technicien en informatique et autre (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.04	Bureau partagé	polyvalent (formateur, CUSM, fournisseur, résidents, stagiaires, etc.) (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.05	Bureau partagé	physiciens (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.06	Bureau partagé	physicien et radio-oncologue (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.07	Bureau	chef de service clinico-administratif	1	11,0	11,0
E.02.08	Aire de travail multidisciplinaire	5 postes, aire dédiée aux professionnels (médecins, professionnels)	1	20,0	20,0
		Sous-total superficie nette			**97,0**
		Superficie totale F1 secteur E.02	**1,45**		**140,7**

POUR COMMENTAIRES

E.03 - Physique

Cette zone regroupe la salle de dosimétrie et la salle de caches, les postes de travail (laboratoire physique et instrumentation) ainsi que le bureau du coordonnateur technique en lien et en support à la planification, simulation et simulation de contrôle ainsi qu'aux salles de traitement de radio-oncologie. Ces locaux doivent se trouver à proximité des plateaux techniques décrits précédemment.

Les activités de dosimétrie sont réparties dans une salle de dosimétrie comportant un laboratoire à aire ouverte comptant sept postes de travail. Le secteur de dosimétrie doit faire l'objet d'une attention particulière pour contrôler la lumière naturelle ainsi que l'éclairage en fonction des besoins spécifiques.

Le laboratoire physique et instrumentation permettant aux radio-oncologues de procéder au traitement des images, au visionnement et aux contours fait aussi partie de cette zone (2 postes).

La salle de caches, qui doit avoir une hotte chimique et un PLM, est l'endroit où les caches en plomb sont fabriqués sur mesure pour les patients qui en requièrent.

Ces locaux sont exclusivement dédiés aux professionnels (physiciens, professionnels et informaticiens) et sont situés dans une zone restreinte où les patients ni les accompagnants n'ont accès.

Les équipements et accessoires requis sont indiqués à l'annexe 4 dans le Tableau des particularités des locaux cliniques.

Cadre normatif et règlementaire

MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.

Critères d'aménagement

- Accès sécurisés des locaux.
- Prévoir une hotte chimique et un PLM dans la salle de caches.
- Disposer les locaux à distance des axes de circulation utilisés par les patients et les accompagnants.
- Disposer les locaux à proximité des secteurs de planification, simulation, simulation de contrôle et de traitement en radio-oncologie.
- Dimensionner les locaux de façon à faciliter la flexibilité et la polyvalence des espaces ainsi qu'en limitant la variété des superficies et des dimensionnements.

POUR COMMENTAIRES

E.03 – Physique (suite)

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle						
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE E - AIRE CLINICO-ADMINISTRATIVE					
E.03.	**Physique**				
E.03.01	Bureau	coordonnateur technique	1	11,0	11,0
E.03.02	Salle de dosimétrie	7 postes de travail	7	7,5	52,5
E.03.03	Salle de caches	hotte chimique	1	15,0	15,0
E.03.04	Poste de travail	laboratoire physique et instrumentation pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	2	4,0	8,0
		Sous-total superficie nette			**86,5**
		Superficie totale F1 secteur E.03	**1,45**		**125,4**

POUR COMMENTAIRES

Groupe F – Locaux de soutien

F.01 - Locaux techniques

Ces salles mécaniques à accès contrôlé permettent notamment d'installer les équipements mécaniques nécessaires à la ventilation, aux refroidisseurs et pompes ainsi qu'aux génératrices requises pour les équipements spécialisés du centre de cancérologie. Une salle électrique secondaire et une salle des serveurs, de l'informatique et de téléphonie se retrouvent également dans cette zone.

Les génératrices seront fournies par le CISSS-AT dans le cadre d'un autre projet.

Cadre normatif et règlementaire

MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.

Critères d'aménagement

- Salle mécanique à relier avec les salles mécaniques existantes (chaufferie et électriques) de l'hôpital.
- L'alimentation en vapeur et eau chaude sera fournie par la centrale thermique existante de l'hôpital.
- Positionner les espaces électromécaniques de façon à assurer l'efficience fonctionnelle et la distribution efficace des réseaux.
- Localiser les espaces électromécaniques loin des circulations principales des patients et de leurs familles.
- Localiser les espaces électromécaniques à l'extérieur des aires de traitement de manière à ce qu'ils soient accessibles en tout temps sans dérangement.
- Éviter de positionner les salles de télécommunication à côté des ascenseurs et des salles électriques pour limiter les interférences.
- Positionner la salle électrique secondaire au niveau du sol afin qu'elle soit accessible de plain-pied à partir de l'extérieur.
- Respecter les distances minimales suivantes :
  - génératrice : les prises d'air extérieur des systèmes de ventilation doivent être situées à plus de 45 m des tuyaux d'échappement des groupes électrogènes;
  - réservoir d'oxygène : les zones des soins aux patients doivent être situées à plus de 16 m du réservoir d'oxygène.

POUR COMMENTAIRES

Groupe F – Locaux de soutien (suite)

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE F - LOCAUX DE SOUTIEN					
F.01.	**Locaux techniques**				
F.01.01	Salle électrique secondaire	transformateurs pour CT-Scan et LINAC	1	5,0	5,0
F.01.02	Salle mécanique	pompes, échangeurs de chaleur, système d'eau refroidie pour CT-Scan et LINAC	1	10,0	10,0
F.01.03	Salle mécanique	génératrices (2)	1	80,0	80,0
F.01.03	Salle télécommunications	serveur, téléphonie, informatique	1	5,0	5,0
		Sous-total superficie nette			**100,0**
		Superficie totale F1 secteur F.01	**1,25**		**125,0**

POUR COMMENTAIRES

F.02 - Soutien général

La zone destinée au soutien général regroupe des locaux techniques tels que des dépôts (lingerie, matériel, fournitures et équipements), déchets et recyclage, dépôt hygiène et salubrité et utilités propres et souillées.

Ces espaces sont dédiés aux professionnels ainsi qu'au personnel de support œuvrant au centre de cancérologie. Les patients ni les accompagnants n'y ont accès.

Cadre normatif et règlementaire

MSSS, Répertoire des guides de planification immobilière, Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, 2e édition, 14 juin 2012.

Critères d'aménagement

- Positionner les rangements et les dépôts de façon à assurer l'efficience dans la prestation des soins tout en réduisant le déplacement du personnel.
- Situer à proximité des axes de circulation principaux les locaux de déchets et de recyclage.
- Localiser les espaces de soutien réservés au personnel loin des bruits, des circulations principales des patients et de leurs familles.

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m²	Sup. Totale m²
GROUPE F - LOCAUX DE SOUTIEN					
F.02	**Soutien général**				
F.02.01	Dépôt lingerie		1	8,0	8,0
F.02.02	Dépôt matériel/fournitures		1	12,0	12,0
F.02.03	Dépôt équipement		1	20,0	20,0
F.02.04	Déchets et recyclage		1	6,0	6,0
F.02.05	Dépôt hygiène et salubrité		1	8,0	8,0
F.02.06	Utilité propre		1	9,0	9,0
F.02.07	Utilité souillée		1	9,0	9,0
		Sous-total superficie nette			**72,0**
		Superficie totale F1 secteur F.02	**1,45**		**104,4**

POUR COMMENTAIRES

3.2.3 Particularités des locaux cliniques

Les particularités des locaux cliniques, tels que, notamment, les salles de consultation/entrevue et d'examen, la salle multifonctionnelle, la salle de consultation en télémédecine, l'aire de traitement en hémato-oncologie et l'aire réservée aux préparations stériles, la salle du CT-SIM jumelée avec les espaces requis d'une salle de moulage, les deux salles des accélérateurs linéaires LINAC et leurs salles de contrôle respectives et la salle de caches sont détaillées dans le tableau de l'annexe 4.

Des critères d'aménagement, exigences techniques particulières, etc. ont été élaborés spécifiquement pour ces locaux cliniques.

POUR COMMENTAIRES

4. LOGISTIQUE DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Paramètres et exigences de la mise en œuvre

Selon les paramètres établis par le Ministère, le centre de cancérologie doit être opérationnel en 2021.

Pendant la construction du futur centre, tous les services de l'hôpital doivent demeurer en opération, sans exception. L'établissement devra prévoir la location d'une génératrice dédiée aux services de l'hôpital pendant toute la durée de la mise en œuvre du centre de cancérologie.

Tous les équipements mécaniques et électriques existants de l'hôpital autres que les nouvelles génératrices et transformateurs, système de refroidisseurs et pompes, fourniront les apports suffisants en chauffage et climatisation ainsi que l'alimentation électrique pour le nouveau centre.

La conception des plans d'aménagement du futur centre devra prévoir la possibilité de construire une troisième salle blindée pour un accélérateur linéaire ainsi qu'une salle de contrôle adjacente dans le but de donner la flexibilité nécessaire à l'entretien, à la réparation et/ou au remplacement éventuel des autres accélérateurs linéaires au terme de leur vie utile.[4]

4.2 Contraintes et enjeux

Lors de l'avancement du projet, plusieurs contraintes et enjeux doivent être pris en considération et être résolus. Ces contraintes et enjeux sont listés ci-dessous.

Mise en œuvre

- Les travaux sont prévus être réalisés en lots (phasage) pour permettre de respecter la date de mise en service.
- Réaménagement de l'accès du personnel à l'hôpital étant donné la proximité du chantier et de la porte d'accès dédiée au personnel – accès temporaires à prévoir.

Immobilière

- Assurer le parcours optimal vers l'aire réservée aux préparations stériles pour le personnel chargé de la livraison des préparations stériles destinées vers d'autres sites du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Relier les salles mécaniques et électriques existantes à la nouvelle construction – travaux dans l'existant à prévoir.

[4] Prévoir cette éventualité aux plans de conception, demandée par le MSSS lors des commentaires faits au Plan fonctionnel – avancement 75 %.

POUR COMMENTAIRES

- Relier l'agrandissement à l'hôpital par une passerelle ou un autre lien – prévoir des travaux dans l'existant.
- Prévoir dans les plans de conception tous les accès et les parcours des appareils/équipements nécessaires à l'installation, au remplacement et à l'entretien des appareils en évaluant le trajet des pièces d'équipements médicaux en considérant l'emballage, leurs dimensions, leur poids et leur volume.
- Prévoir dans les plans de conception tous les accès et les parcours des appareils/équipements nécessaires à l'installation, au remplacement et à l'entretien des appareils en situant les appareils majeurs, imposants et contraignants (en termes de poids ou de dimensions notamment) au périmètre ou sous un puits d'accès afin de faciliter leur remplacement.
- Considérer les dimensions des portes, ascenseurs, corridors, quai de déchargement ou autres ouvertures tout au cours du trajet vers ou à l'extérieur de la salle.
- Perte permanente de stationnements pour le personnel et les médecins.

Municipalité de Rouyn-Noranda

- Négociation avec la Ville de Rouyn-Noranda concernant le déplacement de conduites souterraines appartenant à la municipalité.
- La présence du lac Osisko et l'usine de filtration d'eau de la Ville.
- Avis favorable du CCU de la municipalité, notamment quant à l'implantation du centre de cancérologie et la perte possible de vues sur le lac par les propriétaires résidentiels voisins.

Ressources humaines

- Perte permanente de stationnements pour le personnel et les médecins.
- Relocalisation de l'entrée des employés.
- Prévoir un plan de communication auprès des employés, médecins et personnel professionnel touchés par le projet dans le but de les informer et d'obtenir l'adhésion de toute l'équipe médical de l'ensemble du CISSS.
- Prévoir un plan de recrutement des professionnels, employés et médecins requis rapidement en vue de la mise en service en 2021.

POUR COMMENTAIRES

ANNEXE 1

Plan clinique du Service de radio-oncologie, septembre 2017, révision mars 2018

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

PLAN CLINIQUE DU SERVICE DE RADIO-ONCOLOGIE

Justification des besoins

Rapport final révisé

2 mars 2018

16-3189

Fiche de révision/validation

Projet : Plan clinique du service de radio-oncologie	**N° de mandat :** 16-3189

N° DE RÉVISION/ VALIDATION	TYPE DE DOCUMENT	DATE DE DÉPÔT	APPROBATION PAR LE CHARGÉ DE PROJET	APPROBATION PAR LE MANDATAIRE
1	Rapport préliminaire (pour discussions)	2017-06-28	François Sarrasin	Mario St-Cyr
2	Rapport préliminaire	2017-08-21	François Sarrasin	Mario St-Cyr
3	Rapport final	2017-09-14	François Sarrasin	Mario St-Cyr
4	Rapport final révisé	2018-01-08	François Sarrasin	Mario St-Cyr
5	Rapport final révisé	2018-03-02	François Sarrasin	Mario St-Cyr

LES MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

- Madame Mélanie Rocher, directrice adjointe aux services ambulatoires de la direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Docteure Annie Léger, directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Madame Mélanie Mailloux, chef de service de l'oncologie, cogestionnaire clinico-administrative du programme en cancérologie
- Madame Valérie Drouin, conseillère-cadre à la pratique professionnelle et aux programmes — imagerie médicale
- Monsieur André Joyal, directeur adjoint à la direction des services multidisciplinaires
- Madame Julie Champagne, adjointe à la direction des ressources informationnelles
- Monsieur Yves Desjardins, président-directeur général

Centre universitaire de santé McGill

- Docteur Tarek Hijal, directeur par intérim de la division de radio-oncologie
- Monsieur William Parker, chef de service en physique médicale et chef de service par intérim de la radio-oncologie
- Madame Lucie Tardif, Coordonnatrice clinico-administrative, mission des soins de cancer

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Madame Marie-Ève Quirion, responsable du volet Radio-oncologie, direction générale de cancérologie

CIM - Conseil

- Monsieur Mario St-Cyr, président-directeur général
- Monsieur François Sarrasin, directeur principal, associé
- Monsieur Guillaume Lefrançois, conseiller, associé

LES COLLABORATEURS

CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

- Docteur Éric Dupras, chef de département de chirurgie
- Docteur Daniel Plouffe, cogestionnaire et chef de service médical en oncologie
- Docteur Hugo Delorme, chef de département de la médecine spécialisée
- Monsieur Gérard-D. Boulanger, directeur adjoint aux affaires médicales, direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Monsieur Mathieu Fortier, coordonnateur des ressources humaines

Centre universitaire de santé McGill

- Docteure Ewa Sidorowicz, directrice des services professionnels du CUSM
- Madame Patricia Lefebvre, directrice générale adjointe par intérim, directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Table des matières

INTRODUCTION ET CONTEXTE DU PROJET 1

1. Le CISSS et la population à desservir 2
1.1 Présentation de l'établissement 2
1.2 Mission et responsabilités 2
1.2.1 Mission 2
1.2.2 Responsabilités 3
1.3 Le territoire et le profil populationnel 3
1.3.1 Le territoire 3
1.3.2 La population actuelle 5
1.3.3 Les variations démographiques prévues d'ici 2026 6
1.3.4 Le profil épidémiologique 8

2. Offre de services actuelle 11
2.1 Continuum en cancérologie en Abitibi-Témiscamingue 11
2.1.1 Organisation des services en oncologie 11
2.1.2 Organisation des services diagnostiques 12
2.1.3 Organisation des services en soins palliatifs 13
2.1.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 13
2.1.5 Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) 15
2.1.6 Formation continue et communauté de pratiques 16
2.2 Radio-oncologie et mesures compensatoires 17
2.2.1 Coordination et soutien aux usagers 17
2.2.2 Facteur d'éloignement 18

3. Offre de services proposée 19
3.1 Accessibilité aux services 19
3.2 La mesure du besoin 20
3.3 Les équipements requis 21
3.3.1 La radio-oncologie 21
3.3.2 L'imagerie médicale 24
3.4 Processus de traitement et plan de contingence 25
3.5 Les ressources humaines 27
3.6 Le budget opérationnel sommaire 28

CONCLUSION 30

INTRODUCTION ET CONTEXTE DU PROJET

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS AT) procède actuellement à l'élaboration de son plan clinique spécifique du centre régional de radio-oncologie situé à Rouyn-Noranda. L'élaboration d'un plan clinique constitue un préalable à tout projet immobilier requérant l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À cet égard, le Ministère a défini en 2014 de nouvelles balises pour guider les établissements dans la préparation de leur projet afin qu'ils s'inscrivent dans les orientations et les lignes directrices ministérielles, les normes d'accès établies, l'organisation territoriale de services et les objectifs immobiliers définis.

La lutte contre le cancer est, depuis plusieurs années, l'une des grandes priorités du réseau de la santé du Québec. En effet, les tumeurs sont devenues la principale cause de mortalité au Québec, tout en étant la maladie qui sollicite le plus de ressources dans notre réseau de la santé. La région de l'Abitibi-Témiscamingue a identifié depuis longtemps que ses résidents sous-utilisent les services de radio-oncologie, principalement en raison de l'éloignement des centres offrant ces services. La clientèle de cette région doit se déplacer en Outaouais ou à Montréal, ce qui complique leur situation compte tenu de leur état de santé déjà précaire (nombre et durée des déplacements, problématiques reliées à l'hébergement et au coût financier).

Cette situation touche actuellement un bassin populationnel de plus de 150 000 personnes, et le vieillissement démographique des prochaines années entrainera une hausse des besoins pour ce type de service. Le développement de la radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue devient de ce fait une priorité régionale, qui rassemble tant les professionnels de la santé que l'ensemble de la communauté. L'accès à la radio-oncologie est priorisé afin d'améliorer les soins aux personnes atteintes de cancer, et ce, en suivant les normes et les meilleures pratiques reconnues.

Ce nouveau centre de radio-oncologie sera équipé d'un accélérateur linéaire et fonctionnera en réseau avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), prenant la forme d'un centre satellite avec un centre serveur.

L'implantation d'un centre de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue permettrait de :

- répondre aux orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer, visant un rapprochement entre les services et la population ;
- soulager la souffrance en favorisant des conditions humaines de traitement lors de ces épisodes critiques pour les usagers et leur famille ;
- améliorer l'accessibilité à tous les types de traitements en radio-oncologie (curatifs, palliatifs et traitements combinés) ;
- assurer l'équité dans l'accessibilité aux services à toute la population de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi qu'à une partie de la population du Nord-du-Québec par rapport à tout autre Québécois ou Québécoise.

L'objectif de ce plan clinique vise à circonscrire les enjeux principaux de l'établissement, l'évolution des besoins de la clientèle en radio-oncologie, l'offre de services actuelle pour la clientèle de la région, les besoins prioritaires pour satisfaire les normes de qualité, de sécurité et de performance, ainsi que les principes directeurs menant à l'offre de services convenue avec le centre serveur, le Centre universitaire de santé McGill.

1. LE CISSS ET LA POPULATION À DESSERVIR

1.1 Présentation de l'établissement

Le CISSS AT a été institué le 1er avril 2015 avec l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Il résulte de la fusion des neuf établissements du territoire, soit les suivants :

- CSSS Les Eskers (missions CHSGS, CLSC et CHSLD) ;
- CSSS de Rouyn-Noranda (missions CHSGS, CLSC et CHSLD) ;
- CSSS du Lac-Témiscamingue (missions CHSGS, CLSC et CHSLD) ;
- CSSS de la Vallée-de-l'Or (missions CHSGS, CLSC et CHSLD) ;
- CSSS des Aurores-Boréales (missions CHSGS, CLSC et CHSLD) ;
- Centre de réadaptation en dépendance-toxicomanie — Centre Normand (mission CRDT) ;
- Centre de réadaptation en déficience physique — Centre de réadaptation La Maison (mission CRDP) ;
- Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (mission CJ) ;
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Clair Foyer (mission CRDI).

1.2 Mission et responsabilités

1.2.1 Mission

La mission du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est de veiller à l'harmonisation des pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des diverses installations, et ce, au profit des usagers et de la population.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) ;
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique ;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire ;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ et CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales ;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, clinique réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

1.2.2 Responsabilités

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à la responsabilité de :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers ;
- garantir une planification régionale des ressources humaines ;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes ;
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables ;
- assurer une gestion de l'accès simplifié aux services ;
- établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de service (RTS), comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmaciens et les autres ressources privées ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau.

1.3 Le territoire et le profil populationnel

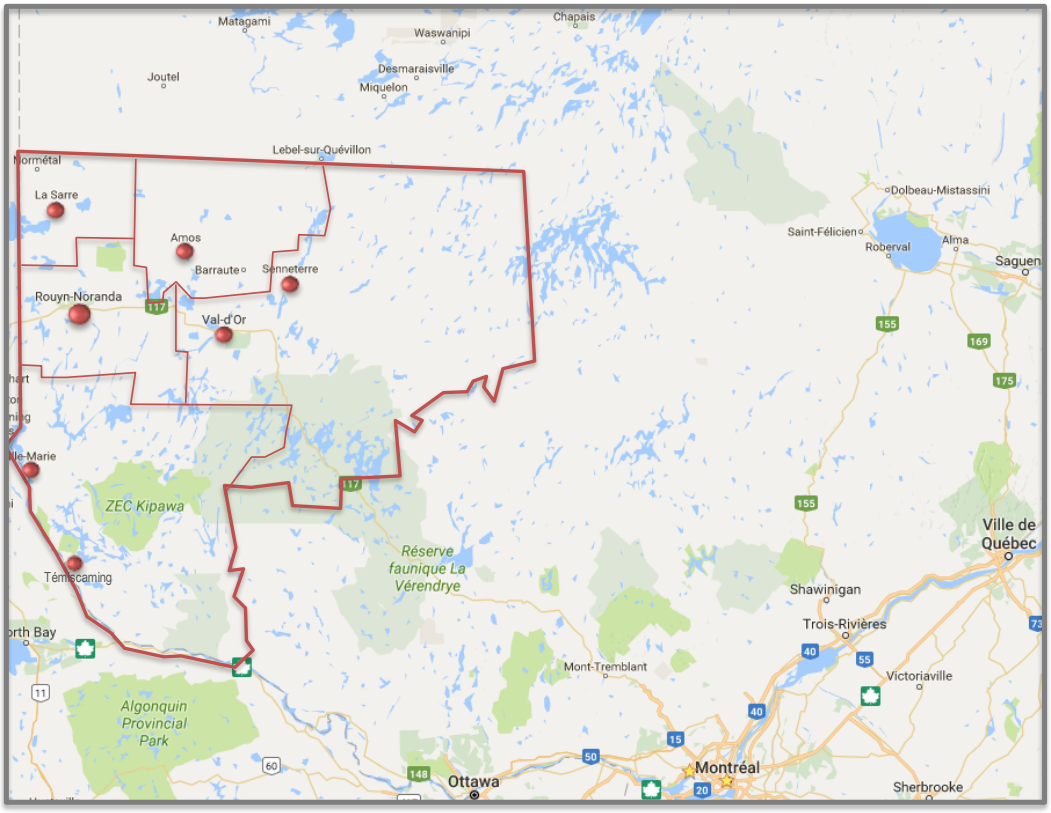
1.3.1 Le territoire

Le territoire du CISSS AT couvre une superficie de 58 000 kilomètres carrés. En 2016, le territoire compte près de 150 000 habitants répartis dans cinq réseaux locaux de services (RLS), soit ceux de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or, de l'Abitibi, de l'Abitibi-Ouest et du Témiscamingue[1]. Sa densité de population de 2,6 habitants par kilomètre carré en fait une des régions du Québec les moins densément peuplées. La population est donc dispersée dans les 65 municipalités,[2] dont la plupart regroupent moins de 1 000 habitants.

[1] Le RLS du Témiscamingue regroupe les anciens RLS de Ville-Marie et du Témiscaming.

[2] Le territoire comprend également une dizaine de territoires non organisés et sept réserves ou établissements amérindiens.

Figure 1 : Carte de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et localisation des principales villes



La figure 1 présente la carte du territoire avec l'emplacement des principales villes de la région. Au nord, les municipalités de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami font également partie du bassin de desserte du CISSS AT pour les services médicaux spécialisés. Le centre de radio-oncologie le plus près de la région est situé à Gatineau, soit à plus de 400 km de Val-d'Or et à plus 500 km de Rouyn-Noranda.

Toutefois, comme démontré au tableau 1, à l'intérieur même de la région, les principales villes sont situées à moins de 200 km les unes des autres. En fait, neuf villes sur les dix de la région comptant plus de 2 000 habitants sont situées tout près ou à l'intérieur de la limite de 200 km à partir de Rouyn-Noranda.

Tableau 1. Distances (en km) entre les principales villes du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

	Rouyn	Val-d'Or	La Sarre	Amos	Ville-Marie	Témis-caming
Rouyn	-	105	80	105	130	215
Val-d'Or	105	-	165	70	235	320
La Sarre	80	165	-	100	210	300
Amos	105	70	100	-	230	320
Ville-Marie	130	235	210	230	-	90
Témiscaming	215	320	300	320	90	-

1.3.2 La population actuelle

En 2016, la population du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue est d'environ 149 000 habitants. Comme décrit au tableau 2 de la page suivante, le RLS de la Vallée-de-l'Or compte 44 329 habitants, ce qui représente 30 % de la population totale du RTS. Le RLS de Rouyn-Noranda, le deuxième territoire le plus peuplé de la région, compte 42 340 habitants, soit 28 % du total de la région.

En incluant la population des municipalités de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami, la population totale du bassin de desserte du CISSS AT est d'environ 152 400 personnes.

Le taux de personnes âgées de 65 ans et plus est de 17,4 % dans l'ensemble de la région, soit un taux semblable à la moyenne du Québec (18,0 %). Néanmoins, on observe certaines variations selon les territoires à l'intérieur de la région. Les RLS de l'Abitibi-Ouest et du Témiscamingue présentent un taux de personnes âgées de 65 ans et plus de 20 %, alors qu'il est de 15 % dans le RLS de Val-d'Or et de 17 % dans les RLS de Rouyn-Noranda et de l'Abitibi.

Il est à noter que depuis 2006, la population totale de la région est demeurée plutôt stable (hausse de 3 %). Par contre, la population âgée de 65 ans et plus a quant à elle augmenté de 40 %. Au cours de la même période, la population totale du Québec a augmenté de 10 % et celle âgée de 65 ans et plus de 42 %.

Tableau 2 : La population du bassin de desserte du CISSS AT par groupe d'âge selon le territoire en 2016

La population selon le territoire et le groupe d'âge

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	8 968	13 808	12 332	7 232	42 340
RLS de la Vallée-de-l'Or	9 926	14 187	13 248	6 968	44 329
RLS de l'Abitibi-Ouest	4 498	5 852	6 461	4 242	21 053
RLS de l'Abitibi	5 531	7 738	7 496	4 290	25 055
RLS du Témiscamingue	3 521	4 350	5 151	3 186	16 208
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**32 444**	**45 935**	**44 688**	**25 918**	**148 985**
Lebel-sur-Quévillon	390	505	680	345	1 920
Matagami	375	505	440	170	1 490
Ensemble du bassin de desserte	**33 209**	**46 945**	**45 808**	**26 433**	**152 395**
Ensemble du Québec	**1 730 226**	**2 763 849**	**2 358 888**	**1 504 644**	**8 357 607**

Distribution de la population selon le groupe d'âge

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	21,2%	32,6%	29,1%	17,1%	100,0%
RLS de la Vallée-de-l'Or	22,4%	32,0%	29,9%	15,7%	100,0%
RLS de l'Abitibi-Ouest	21,4%	27,8%	30,7%	20,1%	100,0%
RLS de l'Abitibi	22,1%	30,9%	29,9%	17,1%	100,0%
RLS du Témiscamingue	21,7%	26,8%	31,8%	19,7%	100,0%
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**21,8%**	**30,8%**	**30,0%**	**17,4%**	**100,0%**
Lebel-sur-Quévillon	20,3%	26,3%	35,4%	18,0%	100,0%
Matagami	25,2%	33,9%	29,5%	11,4%	100,0%
Ensemble du bassin de desserte	**21,8%**	**30,8%**	**30,1%**	**17,3%**	**100,0%**
Ensemble du Québec	**20,7%**	**33,1%**	**28,2%**	**18,0%**	**100,0%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

1.3.3 Les variations démographiques prévues d'ici 2026

Le tableau 3 présente la population prévue en 2026 pour les différents territoires du bassin de desserte du CISSS AT, alors que le tableau 4 présente les taux de variation entre 2016 et 2026.

On observe une population totale relativement stable (hausse de 2,4 % dans la région et de 2,1 % si l'on ajoute les municipalités du nord). Les plus fortes croissances sont observées dans les RLS de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or (3,5 %). Ces croissances sont significativement plus faibles que la moyenne du Québec (7,3 %).

En 2026, on prévoit une population d'environ 152 500 habitants dans la région, dont 45 860 à Val-d'Or et 43 825 à Rouyn-Noranda. En ajoutant les municipalités du nord, le bassin populationnel desservi par le CISSS AT sera de plus de 155 500 habitants en 2026.

Au niveau des personnes âgées de 65 ans et plus, les hausses seront importantes dans tous les territoires de la région. En effet, les taux de croissance de cette population seront plus élevés que la moyenne québécoise dans chacun des territoires de la région et les deux municipalités du nord. Au global, le nombre d'aînés dans la région augmentera de 41,4 % (le taux de croissance est de 41,6 % en ajoutant les municipalités du nord), comparativement à 37,9 % dans l'ensemble du Québec.

En somme, en 2026, le territoire du CISSS AT comptera 36 643 habitants âgés de 65 ans et plus. Il s'agit d'un taux de 24 %, comparativement au taux actuel de 17 %. En ajoutant les municipalités du nord, c'est un nombre d'environ 37 450 personnes âgées dans le bassin de desserte du CISSS AT.

Tableau 3 : La population du bassin de desserte du CISSS AT par groupe d'âge selon le territoire en 2026

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	9 702	13 302	10 668	10 153	43 825
RLS de la Vallée-de-l'Or	10 678	13 717	11 537	9 928	45 860
RLS de l'Abitibi-Ouest	4 531	5 406	5 234	5 867	21 038
RLS de l'Abitibi	5 752	7 217	6 560	6 274	25 803
RLS du Témiscamingue	3 418	3 993	4 175	4 421	16 007
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**34 081**	**43 635**	**38 174**	**36 643**	**152 533**
Lebel-sur-Quévillon	305	350	415	520	1 590
Matagami	330	455	355	275	1 415
Ensemble du bassin de desserte	**34 716**	**44 440**	**38 944**	**37 438**	**155 538**
Ensemble du Québec	**1 922 847**	**2 704 107**	**2 264 870**	**2 075 413**	**8 967 237**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

Tableau 4 : Les taux de variation prévus dans les territoires du bassin de desserte du CISSS AT par groupe d'âge d'ici 2026

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	8,2%	-3,7%	-13,5%	40,4%	3,5%
RLS de la Vallée-de-l'Or	7,6%	-3,3%	-12,9%	42,5%	3,5%
RLS de l'Abitibi-Ouest	0,7%	-7,6%	-19,0%	38,3%	-0,1%
RLS de l'Abitibi	4,0%	-6,7%	-12,5%	46,2%	3,0%
RLS du Témiscamingue	-2,9%	-8,2%	-18,9%	38,8%	-1,2%
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**5,0%**	**-5,0%**	**-14,6%**	**41,4%**	**2,4%**
Lebel-sur-Quévillon	-21,8%	-30,7%	-39,0%	50,7%	-17,2%
Matagami	-12,0%	-9,9%	-19,3%	61,8%	-5,0%
Ensemble du bassin de desserte	**4,5%**	**-5,3%**	**-15,0%**	**41,6%**	**2,1%**
Ensemble du Québec	**11,1%**	**-2,2%**	**-4,0%**	**37,9%**	**7,3%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

1.3.4 Le profil épidémiologique

Le cancer est devenu la première cause de mortalité au Québec, et ce, depuis le début des années 2000. Au Québec, le nombre de nouveaux cas de cancer augmente d'environ 2,0 % à 2,5 % par année (Société canadienne du cancer). Cette augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population. Cette tendance ne manquera pas d'accentuer la demande de soins et de services, autant en radio-oncologie que pour l'ensemble de l'oncologie.

La mortalité

Le tableau 5 présente les décès selon la cause dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue et dans l'ensemble du Québec. Les décès par tumeurs représentent 34 % des décès dans la population témiscabitibienne (395 décès), un taux comparable à la moyenne québécoise (33 %). Néanmoins, étant donné des taux de mortalité plus élevés dans la région que la moyenne du Québec, on observe un taux de mortalité par tumeur plus élevé en Abitibi (255 par 100 000) comparativement au Québec (227 par 100 000).

Tableau 5 : Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes, 2010-2012

	Nombre moyen annuel de décès		Taux moyen de mortalité / 100 000 hab.	
	Abitibi-Témiscamingue	**Ensemble du Québec**	**Abitibi-Témiscamingue**	**Ensemble du Québec**
Total des causes	**1 160**	**59 796**	**692**	**620**
Tumeurs malignes	395	19 824	255	227
Appareil circulatoire	267	14 664	176	167
Appareil respiratoire	98	5 995	65	63
Traumatismes non intentionnels	71	2 216	47	26

Source : CISSS AT, données statistiques sur l'état de santé

L'incidence du cancer

Dans la région, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté au cours des deux dernières décennies. Cependant, le taux annuel moyen de nouveaux cas de cancer, ajusté selon l'âge, est demeuré relativement stable durant cette même période. De 2006 à 2010, il s'est établi à 540 nouveaux cas pour 100 000 personnes, ce qui se compare à celui de l'ensemble du Québec (531)[3].

Le nombre de nouveaux cas de cancer en 2016 est estimé à environ 900[4]. La distribution des nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance ne diffère pas significativement de la distribution de la population. Sur le total de nouveaux cas dans la population du bassin de desserte du CISSS AT, 883 proviennent de la région de l'Abitibi, dont 492 des territoires de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or, soit 55 % du nombre total de nouveaux cas (tableau 6).

Tableau 6 : Population et nombre estimé de nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance en 2016

	Population		Nouveaux cas de cancer	
	Nombre	**Distribution**	**Nombre**	**Distribution**
RLS de Rouyn-Noranda	42 340	28%	246	27%
RLS de la Vallée-de-l'Or	44 329	29%	246	27%
RLS de l'Abitibi-Ouest	21 053	14%	138	15%
RLS de l'Abitibi	25 055	16%	147	16%
RLS du Témiscamingue	16 208	11%	106	12%
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	**148 985**	**98%**	**883**	**98%**
Lebel-sur-Quevillon	1 920	1%	12	1%
Matagami	1 490	1%	7	1%
Population du bassin principal de desserte potentiel	**152 395**	**100%**	**902**	**100%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014, et Société canadienne du cancer, 2016

[3] Tiré du « Portrait de santé de la population », CISSS AT, avril 2017.

[4] L'estimation du nombre de nouveaux cas de cancer est fonction des taux d'incidence moyens par âge publiés par la Société canadienne du cancer et la structure par âge de la population de chacun des territoires de la région.

Tableau 7 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance, 2016 à 2026

	Nouveaux cas de cancer		
	2016	**2021**	**2026**
RLS de Rouyn-Noranda	246	271	295
RLS de la Vallée-de-l'Or	246	270	294
RLS de l'Abitibi-Ouest	138	150	161
RLS de l'Abitibi	147	163	179
RLS du Témiscamingue	106	114	123
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	**883**	**968**	**1 052**
Lebel-sur-Quevillon	12	13	14
Matagami	7	7	8
Population du bassin principal de desserte potentiel	**902**	**988**	**1 074**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ) 2014 et Société canadienne du cancer, 2016

Le tableau 7 présente l'évolution du nombre de nouveaux cas de cancer par territoire d'ici 2026. Finalement, le tableau 8 présente le sommaire de la variation d'ici 2026 de la population totale, de la population âgée de 65 ans et plus et du nombre de nouveaux cas de cancer.

Tableau 8 : Variations prévues d'ici 2026 de la population et du nombre de nouveaux cas de cancer dans le bassin de desserte du CISSS AT

	Population totale	**Population 65 ans +**	**Nouveaux cas de cancer**
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	2,4%	41,4%	19,3%
Population de la portion Nord de la desserte potentielle	-11,9%	54,4%	15,9%
Population du bassin principal de desserte potentiel	**2,1%**	**41,6%**	**19,2%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014, et Société canadienne du cancer, 2016

En somme, le CISSS AT dessert un bassin populationnel de plus de 150 000 personnes, sur un territoire situé à plus de 400 km du centre de radio-oncologie le plus près. En 2016, on estime à 900 le nombre de nouveaux cas de cancer dans la population de desserte du CISSS, nombre qui sera croissant dans les années à venir. En 2026, on estime à 1 075 le nombre de nouveaux cas de cancer, soit une hausse annuelle moyenne d'environ 2,0 %.

2. OFFRE DE SERVICES ACTUELLE

2.1 Continuum en cancérologie en Abitibi-Témiscamingue

2.1.1 Organisation des services en oncologie

Le *leadership* des équipes de travail dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue est reconnu dans plusieurs domaines, notamment pour ses pratiques en matière de lutte au cancer. Chaque établissement hospitalier possède sa propre équipe interdisciplinaire dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer. La mise en place du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue vient ainsi coordonner chacune de ces équipes et optimiser le continuum de soins et services en cancérologie.

De façon plus spécifique, la gouverne régionale en cancérologie s'assure :

- de la présence d'une équipe interdisciplinaire en oncologie dans chacune des installations hospitalières ;
- d'une organisation des services solide, optimale et hiérarchisée qui garantit, pour les cas de cancer, une accessibilité dans les délais prescrits ;
- d'un chef de service régional qui assure aussi la cogestion clinico-administrative du programme en cancérologie, ce qui permet une fluidité et une cohérence dans le mode de communication ainsi que dans le fonctionnement en réseau ;
- d'un cogestionnaire médical qui est également le chef de service en oncologie ;
- d'une diversité des spécialités médicales qui permet de rendre peu fréquent le recours aux centres tertiaires ;
- de la complémentarité entre les spécialités médicales, chirurgicales et les médecins de famille, ce qui facilite l'accessibilité de même que la continuité des soins et services, et ce, pour toute la région ;
- de la complémentarité des services avec les sept groupes de médecine de famille (GMF) qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pivots ;
- d'une organisation médicale en oncologie diversifiée assurant la pérennité de l'accès, notamment avec une équipe d'internistes et une équipe d'hémato-oncologues de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de radio-oncologues de Gatineau ainsi que de deux oncologues à Amos, dont un assure une présence dans chaque installation hospitalière ;
- des pneumologues situés à Val-d'Or et Rouyn-Noranda pour une prise en charge optimale et précoce des usagers de la région avec des nodules pulmonaires, en collaboration avec les internistes du CISSS ;
- d'une équipe régionale constituée de pneumologues, internistes, oncologues et chirurgiens qui a travaillé à élaborer la trajectoire du poumon selon les normes du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ, 2014) ;

- d'une participation engagée des chirurgiens dans le dépistage et le suivi des nodules aux seins ;
- d'un taux de rétention pour des chirurgies oncologiques dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue de plus de 70 % ;
- de la coordination de l'oncologie pédiatrique régionale assumée par les pédiatres de l'Hôpital de Rouyn-Noranda, selon un modèle de collaboration avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et le Réseau Mère-Enfant ;
- des rendez-vous, des prélèvements et des suivis effectués au site d'Amos et de Rouyn-Noranda par télésanté pour la clientèle régionale, le tout initié par le secteur d'Amos en collaboration avec une spécialiste en dépistage du cancer génétique de l'Hôpital du Sacré-Cœur ;
- de la désignation de l'Hôpital de Rouyn-Noranda comme centre régional d'investigation désigné (CRID) pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein ainsi que le laboratoire désigné pour les marqueurs biologiques en cancer du sein ;
- de la désignation en 2015 du site d'Amos comme centre affilié pour le cancer du poumon ; de plus, un corridor de services bidirectionnel a été formalisé avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) à titre de centre de référence ;
- de l'acquisition du Système d'archivage des données oncologiques (SARDO) installé en mode régional ; présentement, deux registraires en oncologie assurent la codification des cas de cancer dans la région et saisissent les variables requises au Registre québécois du cancer ;
- de la présence d'une équipe de deux radio-oncologues qui sont présents à raison d'une journée par semaine depuis le 9 janvier 2015. En tout, plus de 400 usagers ont pu bénéficier d'une première visite dans leur région depuis 2015, en plus d'environ 150 usagers qui ont eu une visite de suivi (situation mise en place pour pallier à l'absence de radio-oncologie dans la région). La transition vers le nouveau mode de pratiques sera assurée en coordination avec les radio-oncologues du CISSS AT, l'équipe CUSM et celle du CISSS de l'Outaouais, à l'intérieur d'une entente formelle, afin d'éviter toute rupture de services.

2.1.2 Organisation des services diagnostiques

Les plateaux techniques de radiologie diagnostique sont présents dans toutes les installations. Les systèmes d'archivage numérique en imagerie médicale (PACS) sont partageables à travers l'ensemble de la région.

Au niveau de l'offre actuelle de services en imagerie médicale, le CISSS AT compte cinq appareils de TDM, soit un dans chacun de ses centres hospitaliers. Toutefois, le seul appareil d'IRM dans la région est actuellement mobile, ce qui limite la productivité de l'appareil étant donné les déplacements. Cet appareil sera prochainement remplacé par un nouveau, mais l'unité d'IRM restera mobile. Finalement, les services de médecine nucléaire sont basés à l'hôpital de Val-d'Or, dont le service sera prochainement muni d'un TEP.

2.1.3 Organisation des services en soins palliatifs

En matière de soins palliatifs, différentes modalités sont disponibles pour répondre aux besoins de la population (ex. : soutien à domicile, lits en CHSGS, lits de répits, lits en CHSLD, lits en CHSGS et lits en maison de soins palliatifs). En effet, entre 1991 et 2003, trois maisons de soins palliatifs se sont établies en Abitibi-Témiscamingue, pour un total de 14 lits. La maison du Bouleau Blanc à Amos, la maison de l'Envol à Rouyn-Noranda et la maison de la Source Gabriel à Val-d'Or ont toutes leurs accréditations. Un projet de développement est en cours à La Sarre afin que la ville puisse également avoir sa maison de soins palliatifs. Chacune de ces maisons détient une entente de services et financière avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et est actuellement en processus d'accréditation sur la qualité des soins et des services dispensés.

2.1.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

L'objectif du programme est de rejoindre 70 % des femmes de 50 à 69 ans pour tendre à diminuer de 25 % le nombre de cas de cancer du sein. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, cela représente une population totale de 21 500 femmes, dont 13 600 ont passé une mammographie en 2015-2016. Le taux de participation actuel est de 63,2 %, soit le huitième meilleur taux au Québec.

Rouyn-Noranda est désigné centre régional d'investigation et de dépistage (CRID) ; les autres sites ont des centres désignés de dépistage (CDD), sauf le secteur du Témiscamingue. Le tableau 9 présente le taux de participation au PQDCS selon le territoire et la période.

Tableau 9 : Taux de participation au PQDCS selon le territoire et la période

Territoires	2011-2012	2015-2016
Vallée-de-l'Or	67,2%	58,2%
Rouyn-Noranda	69,5%	64,2%
Abitibi (Amos)	70,8%	68,2%
Abitibi-Ouest (La Sarre)	71,8%	68,0%
Témiscamingue (secteur Ville-Marie)	68,6%	64,9%
Témiscamingue (secteur Témiscaming-Kipawa)	44,8%	40,0%
La région de l'Abitibi-Témiscamingue	**68,8%**	**63,2%**
Le Québec	**58,3%**	**59,3%**

Note : Une période couvre deux années civiles, du 1er janvier de l'année de départ au 31 décembre de l'année suivante.

Source : Système d'information du PQDCS, INSPQ, Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) et RAMQ

Selon le cadre de référence, 85 % des femmes devraient obtenir leur rendez-vous pour passer une mammographie à l'intérieur d'un délai maximum défini. Le tableau 10 montre les délais d'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage et deux examens d'investigation, soit le cliché mammaire complémentaire et l'échographie, selon le territoire, à la suite d'un sondage réalisé par l'INSPQ (mai 2017).

Tableau 10 : Délais d'obtention (en nombre de semaines) d'un rendez-vous pour certains examens du PQDCS, mai 2017

		Imageries mammaires complémentaires	
Nom du centre désigné	**Mammographie de dépistage**	**Clichés mammaires complémentaires**	**Échographie mammaire complémentaire**
	Cible de 6 semaines et moins	Cible de 3 semaines et moins	Cible de 3 semaines et moins
Hôpital d'Amos	4	2	1
Hôpital de La Sarre	3	1	1
Hôpital de Rouyn-Noranda	2	2	1
Hôpital de Val-d'Or	4	2	2
Hôpital de Ville-Marie	3	3	6

Source : INSPQ

Selon le cadre de référence, 90 % des femmes ayant une mammographie anormale devraient obtenir leur premier rendez-vous pour l'investigation à l'intérieur de douze jours ouvrables suivant la date de la mammographie.

L'assurance qualité est une préoccupation régionale. Une femme de la région sur quatre n'a pas de médecin de famille. Actuellement, chaque installation désigne un médecin volontaire qui assure la prise en charge de la patiente sans médecin de famille à la suite d'une mammographie anormale. Par contre, puisque la norme est de douze jours pour l'envoi des résultats à la patiente après la lecture de la mammographie par le radiologiste, un retard va causer un délai pour amorcer l'investigation.

Le suivi des résultats est analysé lors de chacune des rencontres de notre gouverne en cancérologie pour s'assurer de l'accessibilité et de la qualité de notre programme dans nos établissements en lien avec les recommandations ministérielles de la DGC.

En 2012, l'unité mobile de radiologie CLARA s'est déplacée dans le territoire du Témiscamingue (secteur Témiscaming) pour effectuer des mammographies. Il est possible que la proximité de l'Ontario amène d'autres femmes de la région à s'y rendre pour effectuer leur mammographie de dépistage, mais l'information n'est pas comptabilisée dans le système québécois.

Ligne téléphonique sans frais reliée au PQDCS

Le cadre de référence du PQDCS prévoit la mise en place de mécanismes pour répondre aux besoins d'information, d'écoute et de soutien des femmes participantes et de la population en général. La ligne est en fonction depuis 2002. Une infirmière répond aux demandes du lundi au vendredi. Le nombre moyen d'appels est de 2,1 par jour ouvrable, ce qui correspond approximativement à 5 % de la clientèle cible du programme.

2.1.5 Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Le dépistage du cancer colorectal vise à détecter et à traiter le cancer avant même que les signes et symptômes de la maladie apparaissent. À ce moment, le cancer est généralement à un stade peu avancé, ce qui augmente les chances de succès du traitement. Il est recommandé aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans de passer un test de dépistage tous les deux ans.

Afin de réduire les décès causés par le cancer colorectal, le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à mettre en place le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Ainsi, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été désigné dans la première cohorte et a amorcé ses travaux en décembre 2015. Un échéancier de douze à dix-huit mois est alloué pour compléter le processus de révision et de conformité aux normes cliniques et organisationnelles dans l'unité d'endoscopie du centre. Le projet est bien implanté, il reste le volet des aménagements des locaux de l'annexe 5 du guide du Ministère à travailler dans les prochains mois.

Une gouverne structurée et hiérarchisée a été mise en place et a pour mandat :

- de s'assurer de mettre en place les ressources nécessaires dans l'atteinte de l'équilibre entre l'offre et la demande ;
- la mise en place de mécanismes de liaison avec la première ligne ;
- l'implantation de nouvelles normes cliniques médicales et infirmières relatives à la coloscopie ;
- l'implantation de nouvelles normes en retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie ;
- le déploiement d'un progiciel endoscopique pour un suivi de la qualité de l'examen ;
- de s'assurer d'une reddition de compte selon les principaux livrables attendus.

De plus, selon les lignes directrices, le FIT test ou RSOSi devrait être utilisé comme premier moyen de dépistage du cancer colorectal pour la majorité de la population. Dans la région en 2016-2017, c'est un taux de 16,6 % des personnes âgées de 50 et 74 ans qui ont été analysées (comparativement à 16,0 % pour l'ensemble du Québec). Dans la région entre 2015-2016 et 2016-2017, le taux est passé de 14,5 % à 16,6 %, alors qu'il est demeuré stable au Québec.

La gouverne en cancérologie suivra également de près l'accessibilité aux examens diagnostiques, dont la colonoscopie. Le tableau 11 représente le taux d'examens hors délais pour l'ensemble du CISSS AT à la période 4 de l'année 2017-2018.

Tableau 11 : Taux d'examens hors délais pour l'ensemble du CISSS AT, période 4 en 2017 -2018

Territoires	Délais respectés	Hors délais	Total	La production d'examens	Nouvelles requêtes	Taux hors délais
Contrôle	1 431	169	1 600	143	125	10,56%
P1	0	0	0	15	8	0,00%
P2	3	1	4	18	10	25,00%
P3	178	47	225	190	114	20,89%
P4	137	11	148	46	34	7,43%
P5	8	0	8	5	3	0,00%
Total, période 4	**1 757**	**228**	**1 985**	**417**	**294**	**11,49%**

Source : Données internes du CISSS AT

2.1.6 Formation continue et communauté de pratiques

Sur le plan de la formation continue, la Journée annuelle oncologique Abitémis est une initiative régionale d'une oncologue du site d'Amos. Cette journée thématique a lieu au printemps et permet de rassembler plusieurs professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'extérieur de la région.

Deux communautés de pratiques en oncologie sont en place, soit pour les infirmières pivots en oncologie ainsi que pour les registraires en oncologie qui s'associent à la région de l'Outaouais.

Les professionnels désignés aux comités nationaux partagent aux membres de leur communauté de pratiques l'information sur l'état des travaux en cours à la Direction générale de cancérologie (DGC) du MSSS. Des présentations et des discussions cliniques ont lieu, ce qui favorise l'échange de bonnes pratiques, le maintien à jour sur les données probantes et les lignes directrices.

Le comité des diagnostics et des traitements du cancer (CDTC) est accessible à toutes les équipes en cancérologie de la région et il est chapeauté par le cogestionnaire médical de la gouverne en cancérologie. Le CDTC est en place selon le modèle proposé par la DGC et relève du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Les cas complexes sont discutés en collaboration avec le CDTC de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (tel que défini par l'entente de services).

2.2 Radio-oncologie et mesures compensatoires

Depuis quelques années au Québec, des progrès énormes ont été réalisés en termes d'organisation des services et de l'arsenal de traitements disponibles, dont la radio-oncologie. En revanche, il est impossible de passer sous silence le drame humain qui se cache derrière chaque personne atteinte de cancer et ses proches. La région de l'Abitibi-Témiscamingue a identifié depuis longtemps que ses citoyens, de par leur éloignement, sous-utilisent les services de radio-oncologie (38 % plutôt que 50 % pour le Québec), et ce, sans compter les conditions difficiles pour ceux qui en bénéficient. Le développement de la radio-oncologie est de ce fait considéré comme une priorité régionale. Rares sont les orientations ayant obtenu un tel consensus. De plus, tous s'entendent pour dire que Rouyn-Noranda, considérant son emplacement géographique dans la région, est l'emplacement optimal pour ce développement. L'accès à la radio-oncologie devient une priorité pour améliorer l'accès aux services et aux soins pour les personnes atteintes de cancer, et ce, en suivant les normes des meilleures pratiques reconnues.

2.2.1 Coordination et soutien aux usagers

Plusieurs craintes et questionnements sont véhiculés par les usagers sur l'hébergement, les réservations et les mesures prévues en cas de débordement. L'hébergement et le transport sont parmi les plus grandes inquiétudes chez les usagers. D'une part, ils peuvent se retrouver loin de chez eux pour la durée des traitements (parfois jusqu'à cinq semaines), d'autre part, ils doivent souvent composer avec l'incertitude liée aux déplacements (certains usagers doivent faire plus de cinq heures de route pour suivre leurs traitements). Le fait de se retrouver loin de la maison implique beaucoup d'organisation pour l'usager et ses proches, ce qui représente une source de stress supplémentaire.

Pour l'infirmière pivot en oncologie (IPO), il y a beaucoup de gestion et de travail à effectuer pour les usagers qui doivent aller à Gatineau ou Montréal et qui sont démunis, seuls ou sans ressource, avec un état de santé ne permettant pas de s'y déplacer seul. Lorsque la famille est présente, l'IPO travaille beaucoup avec celle-ci pour coordonner les soins. Sinon, plusieurs démarches doivent être effectuées avec le personnel infirmier, en travail social et avec l'hôtellerie de Gatineau ou d'autres types d'hébergement pour coordonner les soins.

Finalement, l'aspect financier qu'engendrent les déplacements (essence, repas, hébergement, stationnement, taxi, autobus, etc.) s'avère très préoccupant pour l'usager. Il faut s'assurer que la personne a la capacité de débourser les frais, que l'IPO lui explique la méthode de remboursement (ce qui est compris et ce qui n'est pas compris) et il faut également composer avec la situation financière propre à la personne, sans qu'elle en soit pénalisée.

Actuellement, des familles complètes sont bousculées et certaines n'ont pas les moyens de supporter les coûts inhérents à l'accessibilité aux traitements, sans compter les coûts humains. Il s'agit même parfois d'un dépaysement complet et d'une grande source d'inquiétude et d'incertitude pour plusieurs personnes qui n'ont jamais voyagé à l'extérieur de la région.

Pour ces raisons, combinées à celle de la distance, entre 10 % et 15 % des personnes admissibles aux traitements refusent la radio-oncologie.

2.2.2 Facteur d'éloignement

Comme mentionné au chapitre 1, les distances à parcourir par un résident de la région pour avoir accès à des traitements de radio-oncologie à Gatineau ou à Montréal sont importantes et peuvent expliquer la sous-utilisation de ce service spécialisé.

Pour les usagers nécessitant des traitements palliatifs dont les traitements de radio-oncologie sont nécessaires pour diminuer les douleurs, l'éloignement s'avère un obstacle fortement dissuasif. De plus, le transfert par avion est parfois impossible pour cette clientèle qui doit effectuer un aller-retour ou se faire hospitaliser dans une autre région. Pour la clientèle devant faire les allers-retours en voiture, les déplacements peuvent atteindre plus de 1 000 kilomètres par semaine, ce qui représente un élément majeur dans la décision de suivre ou non les traitements de radio-oncologie.

Un service de navette entre l'Abitibi-Témiscamingue et l'Hôpital de Gatineau a été instauré pour cette clientèle en 2009. Ainsi, ce sont 663 usagers atteints d'un cancer qui ont fait appel au service de navette pour recevoir des traitements de radio-oncologie à Gatineau entre avril 2013 et mars 2016. Malgré l'ajout de ce service, le recours à la radio-oncologie dans la région demeure significativement plus faible que la moyenne québécoise.

Aussi, selon les dernières données, on observe que 62 % des clients de la région sont traités à Gatineau, 15 % au CHUM, 11 % au CUSM et 12 % dans un autre établissement que ces trois centres. Les surspécialités envoyées ailleurs qu'à Gatineau sont l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie, le rein et le rectum, ainsi que les cas de radio-oncologie stéréotaxique (radiochirurgie).

L'implantation d'un centre de radio-oncologie à Rouyn-Noranda permettrait à une majorité de patients de la région atteints d'un cancer d'avoir accès à des soins adéquats en parcourant des distances plus acceptables. Comme mentionné au chapitre 1, neuf villes sur les dix comptant plus de 2 000 habitants sont situées tout près ou à l'intérieur de la limite de 200 km à partir de Rouyn-Noranda. Un projet pour l'acquisition d'un site d'hébergement dédié aux patients en oncologie est en cours. Notons toutefois qu'aucun service de transport n'est prévu pour le déplacement des usagers à travers la région. Le CISSS assurera néanmoins le transport des usagers entre le site d'hébergement et le centre de radio-oncologie, ainsi que le transport des usagers référés au CUSM.

3. OFFRE DE SERVICES PROPOSÉE

3.1 Accessibilité aux services

Il est convenu que le recours à la radio-oncologie est plus faible dans les régions éloignées des centres urbains. Les analyses réalisées sur l'utilisation de ce service dans certaines régions du Québec démontrent une sous-utilisation importante dans la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. En effet, le recours à ce type de traitement serait 30 % plus bas que la moyenne québécoise[5]. Le faible taux de personnes ayant recours à la radio-oncologie peut s'expliquer par l'ampleur et les conséquences des déplacements (par exemple, l'éloignement de son domicile, l'isolement de ses proches et les coûts financiers que la situation engendre, le tout dans un état de santé précaire). Actuellement, pour avoir accès à ce service, la population de l'Abitibi-Témiscamingue et celle des régions limitrophes se déplacent principalement vers Gatineau et Montréal.

Un service de radio-oncologie dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue assurerait les soins et le suivi relatifs au traitement de radio-oncologie des patients atteints d'un cancer, et ce, à toutes les étapes de la maladie.

Les sièges de cancer qui seront entièrement traités au CISSS AT sont le cancer du poumon, de la prostate, du sein et du côlon, ce qui représente les cancers les plus communs. Tous les traitements palliatifs (excluant ceux nécessitant de la radiochirurgie) seront également réalisés en région. Les cancers plus rares (tête, cou, os, etc.), tous les cas de radiochirurgie et les cas de curiethérapie seront quant à eux transférés à Montréal. Cependant, les suivis post-traitements des clients référés au CUSM (centre serveur) pourront se faire au CISSS AT.

Les corridors de services officiels concernant les cas référés au centre serveur pour le traitement des cancers plus rares devront être bien définis, car ces cas référés auront un impact sur les ressources informatiques, humaines et financières, et ce, de façon récurrente pour le CUSM. Ces impacts devront être inclus dans les demandes budgétaires.

Également, il sera important d'inclure les impacts sur les autres services, tels que les cliniques de chimiothérapie, dans les cas où il y aurait de la chimiothérapie concomitante, autant pour les équipes du CISSS AT que celles du CUSM.

Ce nouveau service couvrirait les besoins de la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi que ceux des habitants des municipalités de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami, comme le stipule l'entente de services entre les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec en ce qui a trait aux services médicaux spécialisés. Il est convenu que la population des autres municipalités du Nord-du-Québec reçoive principalement ses services à Chicoutimi et que celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James se rende principalement à Montréal.

[5] INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016

Le projet de radio-oncologie proposé tient compte du Programme québécois de lutte au cancer et vise un rapprochement entre les services et la population. Il répond à trois enjeux de la planification stratégique 2010-2015 du MSSS, « Un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie », soit :

- la réduction des inégalités de santé et de bien-être ;
- un délai raisonnable pour l'accès aux services ;
- la hiérarchisation des services.

Le centre de radio-oncologie améliorera l'accessibilité et la continuité des services offerts dans la région en consolidant une gamme complète de services, incluant le dépistage, le diagnostic et la thérapie du cancer. Les services en urgence oncologique seront offerts au service de radio-oncologie lors des heures d'ouverture, sans passage par l'urgence.

3.2 La mesure du besoin

La mesure des besoins populationnels et des volumes d'activités prévus au centre de radio-oncologie d'Abitibi-Témiscamingue provient d'un modèle de simulation comprenant trois catégories d'intrants : la mesure du nombre de cas de cancer dans la population desservie, la mesure du nombre de mises en traitement réalisées au centre régional de radio-oncologie et la mesure du besoin en nombre d'appareils (LINAC) selon différents paramètres de fonctionnement.

Comme mentionné au chapitre 1, on estime à environ 900 le nombre de nouveaux cas de cancer dans le territoire de desserte en 2016. En raison du vieillissement de la population, l'incidence du cancer devrait augmenter à 990 en 2021, puis à 1 074 en 2026.

Tout d'abord, un centre de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue contribuera sans aucun doute à augmenter le taux d'utilisation de ce service par la population atteinte d'un cancer. Nous soumettons l'hypothèse que le taux d'utilisation de la radio-oncologie rejoindra la moyenne du Québec, soit 50 % des nouveaux cas de cancer en 2026.

La rétention du centre régional de radio-oncologie prévue sur les nouveaux cas de cancer est estimée à 85 % en 2026[6]. Nous soumettons l'hypothèse que la rétention du centre augmentera graduellement après son ouverture, au fur et à mesure que l'offre de services et les processus de fonctionnement seront consolidés. À terme, on estime donc à environ 15 % le taux de mises en traitement pour des cancers plus rares qui seront d'emblée référées à Montréal (tête, cou, os, pédiatrique, et les cas de radiochirurgie et curiethérapie).

Finalement, nous estimons à 15 % de nombre de patients nécessitant une réirradiation (récidivants).

[6] Tel que mentionné dans le document de l'INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016, de 10 % à 25 % des patients devront toujours recevoir leurs traitements dans un centre de référence.

Le tableau 12 présente ces paramètres de calcul et les résultats quant au nombre prévu de mises en traitement au centre régional de radio-oncologie. Avec l'augmentation graduelle du taux d'utilisation et de la rétention du centre régional, nous estimons à environ 350 le nombre de mises en traitement en 2021 et 525 en 2026.

Tableau 12 : Les intrants au modèle de simulation et projection

	2016	2021	2026
La population du bassin principal de desserte potentiel			
La région de l'Abitibi-Témiscamingue avec Lebel et Matagami	**152 395**	**154 102**	**155 538**
Les mises en traitement			
Nombre de nouveaux cas de cancer	901	990	1 074
Ratio de mises en traitement	40%	40%	50%
Nombre de nouveaux cas de cancer necessitant des traitements de radiothérapie	**360**	**396**	**537**
Taux de rétention du CISSS sur le territoire sélectionné	65%	75%	85%
Nombre de cas retenus dans le centre de radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue	**234**	**297**	**457**
Taux de cas nécissitant une ré-irradiation (récidivants)	15%	15%	15%
Nombre de cas nécissitant une ré-irradiation (récidivants)	**35**	**45**	**68**
Nombre total de mises en traitement au centre de radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue	**269**	**341**	**525**

3.3 Les équipements requis

3.3.1 La radio-oncologie

À la lumière de l'évaluation du nombre de cas prévus en 2021 et 2026, nous avons appliqué la méthode préconisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour effectuer le calcul du nombre d'équipements de radio-oncologie requis. Les paramètres de calculs et les mesures d'intensité de l'utilisation sont présentés au tableau 13.

Le nombre moyen de traitements par patient varie généralement de 14 à 16. Aux fins de cet exercice, nous avons placé ce nombre à 15 traitements[7]. Le nombre moyen de minutes en salle par traitement est estimé à 19,4 minutes, soit 3,1 patients à l'heure. Le nombre annuel de jours de fonctionnement du centre est établi à 236, soit 247 jours d'ouverture, desquels on retire six jours de

[7] Il est possible que le nombre de traitements par patient diminue dans les prochaines années si la tendance observée au cours des dernières années se maintient.

maintenance[8] et cinq jours de fermeture dus à des pannes (estimation à partir de données recueillies auprès de certains centres de radio-oncologie du Québec). Le nombre de traitements devant être repris en raison de potentielles interruptions de services n'est pas significatif en termes de nombre de patients affectés, car, dans 90 % des cas, les pannes n'excèdent pas 24 heures. Elles n'ont donc pas d'impact sur le déroulement du traitement.

Tableau 13 : Les paramètres de calcul du nombre d'accélérateurs linéaires et mesure d'intensité

	2016	2021	2026
Nombre moyen de traitements par patient	15,0	15,0	15,0
Nombre total de traitements	**4 040**	**5 122**	**7 875**
Nombre moyen de minutes par traitement (dans la salle)	19,4	19,4	19,4
Nombre de minutes annuel	78 380	99 365	152 775
Nombre de jours de maintenance - par équipement *	6	6	6
Nombre de jours de panne majeure - par équipement	5	5	5
Nombre résultant de jours de fonctionnement - par équipement	236	236	236
Nombre de traitements par jour	**17**	**22**	**33**
Nombre de traitements affectés par les pannes	86	109	167
Nombre de traitements à reprendre dû aux pannes	9	11	17
Nombre total de traitements	**4 049**	**5 133**	**7 892**
Nombre total de minutes annuel	78 546	99 576	153 099
Nombre d'heures par jour de fonctionnement du LINAC	**5,5**	**7,0**	**10,8**

* A voir avec les recommandations du fabricant

Selon le fonctionnement présenté ci-dessus, c'est environ 350 patients qui seront traités au centre régional de radio-oncologie de Rouyn-Noranda en 2021, et le nombre de patients en 2026 sera de plus de 500. Selon la littérature, un seuil minimal de 350 mises en traitement par appareil a été suggéré pour la création d'un centre satellite.[9] Ce seuil sera donc atteint en 2021. Toujours selon ces paramètres de calcul, le nombre total de traitements à réaliser en 2021 est estimé à environ 5 130, puis à 7 900 en 2026. Pour la réalisation de ce nombre de traitements, un accélérateur linéaire devra fonctionner 11 heures par jour d'ouverture pour produire le nombre de services requis[10].

Le modèle proposé est donc un centre satellite à un accélérateur linéaire, fonctionnant en réseau avec le CUSM, qui agira à titre de centre serveur. L'appareil qui sera utilisé au CISSS AT aura une réplique identique au centre de radio-oncologie du CUSM. Cet appareil sera pourvu de tous les accessoires nécessaires pour les traitements de radio-oncologie guidés par imagerie.

[8] Les fréquences des maintenances seront à valider avec les recommandations du fabricant.

[9] INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016

[10] Les mesures sont basées sur les paramètres actuels. Elles ne tiennent pas compte des changements et avancées technologiques pouvant avoir lieu dans le domaine.

De plus, le centre de radio-oncologie comprendra un CT simulateur, appareil qui utilise la tomodensitométrie et un logiciel spécial de simulation pour la planification et le suivi du traitement. Cette salle servira également à la préparation des moulages, ainsi qu'aux injections de contraste. Elle sera adaptée spécialement pour les examens de radio-oncologie[11], mais elle pourra être utilisée pour couvrir les urgences et les journées d'entretien préventif du CT-Scan de l'imagerie médicale pour éviter les transferts vers un autre centre hospitalier.

Un *«bunker»* supplémentaire est prévu pour faciliter le remplacement de l'appareil le temps venu, ou pour l'installation d'un second appareil, si le besoin le requiert dans les années à venir.

Actuellement au Québec, le taux moyen de mises en traitement par accélérateur linéaire est d'environ 420. Toutefois, aucun des douze centres de radio-oncologie n'a moins que trois accélérateurs linéaires. Le tableau 14 présente le nombre d'accélérateurs linéaires, le nombre de mises en traitement et le ratio de mises en traitement par appareil pour les douze centres de radio-oncologie au Québec.

Tableau 14 : Les paramètres de calcul du nombre d'accélérateurs linéaires et mesure d'intensité

	Nombre de LINACS	Nombre de mises en Tx	Ratio de mises en Tx par LINAC
CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal	9,0	2 997	333
CHUM	8,3	3 122	376
CHU de Québec	7,0	3 624	518
CUSM	7,0	2 576	368
CISSS Montérégie-Centre	5,3	2 330	440
CIUSSS Estrie	4,0	2 201	550
CIUSSS Maur.-Centre-du-Québec	4,0	2 088	522
CISSS Laval	4,0	1 788	447
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	3,0	1 529	510
CISSS Outaouais	3,0	1 201	400
CIUSSS S.-Lac-St-Jean	3,0	989	330
CISSS Bas-St-Laurent	3,0	819	273
Le Québec	**60,6**	**25 264**	**417**

Notes.

CHUM : 2 tomothérapies (2/3 d'appareil) avec 1 cyberknife

CUSM : 1 cyberknife compris dans les 7 appareils

CHUS : 1 gammaknife

Source : INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016, et MSSS AS-471 2016-2017

[11] La salle de tomodensitométrie actuelle ne répond pas aux recommandations du manufacturier pour l'installation et l'opération d'un CT simulateur, ni pour assurer un environnement de travail ergonomique relativement à l'entreposage du matériel de moulage et autre matériel spécifique requis pour les examens de planification. De plus, l'emplacement de la salle se trouve au cœur d'une zone de circulation très élevée, ce qui n'est pas l'idéal pour la clientèle oncologique. Finalement, un seul appareil ne suffira pas en 2026 pour répondre aux besoins populationnels. Notons qu'aucun espace n'est disponible pour un agrandissement.

3.3.2 L'imagerie médicale

Le CISSS AT offre déjà la gamme de services diagnostiques nécessaires au fonctionnement du centre de radio-oncologie. Seuls les services de TEP (tomographie par émission de positons) ne sont pas offerts actuellement dans la région (le CISSS AT possède toutefois, un corridor de services avec le CISSS de l'Outaouais).

La mise en service du TEP à l'hôpital de Val-d'Or est prévue pour la fin de l'année 2018.

Cette section résume les recommandations du sous-comité sur les appareils de planification en radio-oncologie à Direction générale de cancérologie[12] lorsque les volumes d'activité en radio-oncologie le justifient.

CT simulateur (TDM)

Recommandation de la Direction générale de cancérologie du MSSS

- *Que tous les centres de radio-oncologie du Québec disposent d'un appareil dédié à l'intérieur de son centre de radio-oncologie.*

Le CISSS AT compte actuellement cinq appareils de TDM, soit un dans chacun de ses CH. Un CT simulateur sera ajouté dans le centre de radio-oncologie.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Recommandations de la Direction générale de cancérologie du MSSS

- *Que tous les centres de radio-oncologie du Québec disposent d'un appareil d'IRM dans la même installation (même CH).*

- *Que, si l'IRM n'est pas dédiée à la radio-oncologie, des plages réservées dans le service de radiologie seront priorisées pour la radio-oncologie.*

- *Que, si l'IRM n'est pas dédiée à la radio-oncologie, l'appareil doit être adapté aux besoins de la radio-oncologie.*

Le CISSS AT ne compte actuellement qu'un seul appareil d'IRM mobile, et sa production en UTP par habitant est significativement plus basse qu'ailleurs. Des plages horaires en imagerie médicale seront dédiées aux clients en radio-oncologie pour la planification des traitements.

[12] Cadre de référence pour l'allocation des ressources matérielles : appareils de planification en radio-oncologie, publié en 2017 par la Direction générale de cancérologie du MSSS

Tomographie par émission de positons (TEP-TDM)

Recommandations de la Direction générale de cancérologie du MSSS

- *Que tous les centres de radio-oncologie du Québec disposent d'au moins un appareil de TEP-TDM localisé dans la même installation (même CH).*

- *Que, si la TEP-TDM n'est pas dédiée à la radio-oncologie, des plages réservées dans le Service de radiologie seront priorisées pour la radio-oncologie.*

Tous les centres de radio-oncologie au Québec sont dotés d'une TEP-TDM (dédiée ou non), à l'exception du CISSS de la Montérégie-Centre qui fait faire ses examens à Montréal.

Actuellement, le CISSS de l'Outaouais offre un corridor de services avec le CISSS AT pour les examens de TEP. En 2016-2017, à la période 10, c'est 231 examens faits au CISSS de l'Outaouais pour la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. La mise en service du TEP à l'hôpital de Val-d'Or est prévue pour la fin de l'année 2018.

3.4 Processus de traitement et plan de contingence

Les principaux risques du modèle à un accélérateur sont la continuité des traitements lors d'une panne ou d'un arrêt pour maintenance et les difficultés à maintenir une équipe spécialisée stable.[13] Le modèle proposé doit donc prévoir que l'accélérateur linéaire du centre satellite aura son « image miroir » au centre de cancer du CUSM et que le CISSS AT partagera le dossier patient et le système de planification de son centre serveur pour le suivi des traitements. L'appel d'offres pour l'achat des équipements sera coordonné avec le centre serveur ainsi qu'avec la Direction des finances et des infrastructures du MSSS.

En utilisant les mêmes appareils et en partageant le même système d'information, l'équipe du CISSS AT facilitera la formation de ses ressources, l'échange d'information pour l'assistance et le suivi de la qualité par l'équipe du CUSM et s'assurera de la continuité des services lorsque nécessaire. Ainsi, le personnel du CISSS AT appliquera les mêmes protocoles d'assurance qualité et d'entretien que ceux qui prévalent au CUSM.

Comme déjà mentionnées, les interruptions de services non planifiées (en raison d'un bris de l'accélérateur ou de l'ordinateur qui le contrôle) constituent une préoccupation majeure sur le plan de la sécurité et de la continuité des traitements concernant les centres de radio-oncologie à appareil unique. Dans une telle situation, on ne peut pas compter sur un deuxième appareil sur place pour pallier le problème.[14]

[13] INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016

[14] INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016

Dans le cas d'une interruption de service prolongée, les patients concernés seront automatiquement transférés vers le centre serveur (CUSM). Un plan de contingence est prévu comprenant le rôle de chacun des intervenants du CISSS AT et du CUSM.

En résumé :

- pour un jour et moins : cela implique essentiellement d'informer les usagers des possibles délais de traitement ou d'un report et une replanification de l'horaire en conséquence ;
- pour 24 à 48 heures : le gestionnaire, l'équipe et les radio-oncologues doivent procéder à l'évaluation de la situation et des possibilités afin de décider s'il y a lieu de reprendre les traitements durant la fin de semaine ;
- pour une interruption de trois jours et plus : les besoins sont évalués par le gestionnaire, la directrice adjointe du programme, les radio-oncologues et le chef physicien du CISSS AT, en collaboration avec l'équipe du centre serveur, afin d'organiser le transfert de l'usager vers ce centre. Dans ces situations, des arrangements sont déjà prévus avec l'organisme responsable de l'hébergement au centre de référence et avec le service de navette pour le transport. Les usagers et leurs aidants sont rencontrés par l'infirmière et les technologues en radio-oncologie pour être informés des procédures de transfert. Une politique de gestion des délais de traitement doit être appliquée ainsi qu'une politique de priorisation des cas pour la replanification des horaires et les transferts.

L'accélérateur doit également être soumis à des entretiens périodiques, ce qui implique des arrêts de traitement planifiés. Ces entretiens, qui nécessitent normalement une journée, seront réalisés en deux demi-journées, à des moments différents, afin d'offrir une meilleure flexibilité pour planifier les horaires des traitements. Ces interruptions seront donc de courte durée et intégrées lors de la planification des horaires. La possibilité de procéder à ces périodes d'entretien le soir et/ou les fins de semaine est à considérer.

Dans un centre équipé d'un seul accélérateur, le personnel est restreint, ce qui fragilise les ressources disponibles en cas d'absence de l'un des membres (vacances, maladies et départs).[15] La planification de la main-d'œuvre ainsi qu'un plan de contingence seront mis en place conjointement par les deux établissements pour assurer la continuité des services.

Également, les deux établissements collaboreront pour établir un plan de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre. Le plan de contingence devra être établi et signé en collaboration avec le centre de référence, dans le cadre d'une entente formelle.

L'élaboration de mesures pour soutenir le développement et la formation continue du personnel spécialisé sont prévues avec l'équipe en place au CUSM.

[15] INESSS, « Faisabilité et pertinence de déployer des centres satellites de radio-oncologie munis d'un seul accélérateur linéaire », 2016

Des mécanismes sont d'ailleurs déjà en place pour assurer l'accès rapide aux avis d'experts et de cliniciens, comme la télésanté ou la visioconférence.

Ces mesures assureront un système de gestion de la sécurité et de la qualité qui sera mis en place pour s'assurer de l'atteinte des standards au même niveau que le centre serveur.

3.5 Les ressources humaines

Le recrutement et la formation initiale de ressources professionnelles devront commencer avant la mise en fonction du centre de radio-oncologie. Le CISSS privilégiera le recrutement local, par exemple en faisant de la promotion dans les cégeps et les autres centres de formation.

L'organisation proposée est basée sur une prise en charge de l'équipe de professionnels par le centre serveur. À ce sujet, le CISSS AT propose que l'équipe qui sera affectée au centre de radio-oncologie fasse un stage de trois semaines au centre serveur avant la mise en fonction du service (la durée du stage reste à déterminer et le plan de formation sera défini en collaboration avec l'équipe du centre serveur). L'objectif est d'assurer le même niveau de qualité et d'expertise au CISSS AT qu'au centre serveur et de générer une osmose entre les équipes.

Par entente de service, le centre serveur sera responsable de l'orientation, de la formation des équipes et du maintien de l'expertise, notamment par des rencontres scientifiques régulières à partir de l'un ou l'autre des deux établissements. Le principe est d'assurer une même expertise, une même approche et une même organisation sur les deux sites.

Le plan préliminaire de ressources humaines comprend :

- 1 chef de service clinico-administratif;
- 2 radio-oncologues en permanence au CISSS AT (voir éventuellement la nécessité d'un poste réseau avec entente de service pour un 3e radio-oncologue);
- de 8 à 10 technologues[16] répartis sur la planification et le traitement;
- 2 physiciens (pour la mise en service et la première année de fonctionnement, le CUSM pourra offrir, au besoin, du support à distance selon une entente de service définie préalablement);
- 1 infirmière pivot;
- 1 commis et 1 réceptionniste;
- 1 technicien informatique pour le support en TI;
- 1 préposé aux bénéficiaires;
- l'équipe GBM non dédiée au centre pour assurer le suivi des contrats de service avec les fournisseurs;
- l'équipe de support psychosocial.

[16] Incluant un assistant-chef de service et les technologues à la dosimétrie et la simulation/planification.

Les coûts relatifs aux ressources humaines supplémentaires requises sont estimés à 1 060 870 $, soit :

- 10 technologues : 550 100 $;
- 1 infirmier/ère clinicien/ne : 83 780 $;
- 2 physiciens médicaux : 197 300 $;
- 2 agentes administratives (commis et réceptionniste) : 105 000 $;
- 1 technicien en informatique : 73 500 $;
- 1 préposé aux bénéficiaires : 51 190 $.

3.6 Le budget opérationnel sommaire

Le budget opérationnel prévu pour le centre de radio-oncologie du CISSS AT est estimé à un montant allant de 900 000 $ à 1 100 000 $ selon les volumes d'activité attendus en 2021. À terme, en 2026, on prévoit un budget entre 1 400 000 $ et 1 750 000 $ en fonction d'un nombre de mises en traitement de 525 annuellement[17].

L'estimation du budget est réalisée à partir d'un montant de 225 $ par heure de traitement et d'une moyenne d'heures de traitement par mise en traitement variant entre 12 et 15 heures (la moyenne au Québec est de 13,71 heures).

Ce budget opérationnel comprend les montants alloués pour la préparation et la surveillance des usagers, l'application des traitements prescrits, le contrôle de l'évolution des cas, la protection des usagers et du personnel, l'appréciation de la qualité, ainsi que l'entretien, le nettoyage et la réparation des équipements de radio-oncologie.

Toutefois, la mise en place du service et la première année de fonctionnement du centre de radio-oncologie vont générer des dépenses non récurrentes une fois le service mis en place. Des budgets doivent donc être prévus à cet effet dans les mois précédant l'ouverture du centre, autant pour le CISSS AT que pour le CUSM, dont l'équipe sera sollicitée tout au long du processus. Ces dépenses non récurrentes sont en lien, notamment, avec le recrutement, la formation des membres de l'équipe et le lancement, comprenant la mise en service des équipements et du système d'information (gestion des données et des images), et l'intégration du PACS avec le centre de radio-oncologie (RADIMAGE).

Pour jouer son rôle de centre serveur, le CUSM devra également procéder à certains ajustements au niveau de ses ressources humaines. L'ajustement est estimé à :

- 1,6 ETC technologue, soit 0,5 ETC en planification des traitements des usagers référés par le CISSS AT, 0,75 ETC pour les traitements sur les LINACS, 0,1 ETC pour la revue des traitements des usagers traités au CISSS AT et 0,25 ETC la première année pour l'implantation et la configuration du système d'information ;

[17] Les dépenses de fonctionnement à l'ouverture du centre sont estimées à environ 1 181 180 $, soit 831 180 $ en masse salariale pour les ressources supplémentaires, 300 000 $ en contrats de service (entretien) et 50 000 $ en fournitures. Des frais de déplacement pour les usagers et les employés (pour la formation continue au CUSM) devront être considérés.

- 0,85 ETC physicien médical, soit 0,5 ETC en assurance qualité, 0,1 ETC pour la revue des traitements des usagers traités au CISSS AT et 0,25 ETC la première année pour l'implantation et la configuration du système d'information.

CONCLUSION

Le plan clinique du centre régional de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue a permis de faire le point sur l'organisation actuelle des services en oncologie et sur les enjeux qui en découlent quant à l'accès aux services à la population de la région.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue dessert un bassin populationnel de plus de 150 000 personnes. On estime actuellement à environ 900 le nombre de nouveau cas de cancer annuellement dans cette population, un nombre qui sera en croissance dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population.

Il a été démontré qu'il existe un important déficit sur le plan de l'utilisation des traitements de radio-oncologie par cette population (écart de 30 % par rapport au taux d'utilisation attendu). La principale raison est la distance entre la région et les centres de radio-oncologie les plus près (Gatineau et Montréal). Les distances importantes à parcourir pour recevoir des traitements font en sorte que plusieurs patients les refusent, ou compliquent de façon importante la situation des patients qui prennent la décision de les suivre.

Les besoins actuels et les projections sur les dix prochaines années démontrent amplement la nécessité de proposer une offre de services dans la région. Le scénario retenu est un centre de radio-oncologie satellite qui fonctionnera en réseau avec le centre du cancer du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ce projet prévoit l'ouverture d'un centre régional comprenant :

- un accélérateur linéaire (LINAC) ;
- deux « *bunkers* », ce qui permettra de faciliter le remplacement de l'appareil le temps venu et pour procéder à l'ajout d'un deuxième appareil si le besoin le justifie dans les prochaines années ;
- un CT simulateur.

Tout au long de l'élaboration de ce plan clinique, les besoins prioritaires pour satisfaire les normes de sécurité et de qualité des services ont été au cœur des réflexions. Le mode de fonctionnement proposé, en réseau avec le CUSM, suit les meilleures pratiques définies pour l'organisation d'un centre de radio-oncologie satellite à un accélérateur linéaire. De cette façon, le CISSS s'assure de la continuité des services fournis ainsi que du niveau de qualité offert par un centre universitaire. De plus, il a été démontré que le CISSS offre actuellement l'ensemble des services connexes nécessaires au fonctionnement du centre de radio-oncologie et à la prise en charge de la clientèle à toutes les étapes du traitement.

Finalement, le centre régional de radio-oncologie améliorera de façon importante l'accessibilité aux services pour la population de l'Abitibi-Témiscamingue et, de ce fait, répondra aux orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer, qui vise un rapprochement entre les services et la population.

L'ÉQUIPE CIM :
UN PRÉCIEUX PARTENAIRE POUR LA RÉALISATION DE VOS PROJETS

Bureau de Montréal
2001, avenue McGill College, bureau 2100
Montréal (Québec) H3A 1G1
Téléphone : 514 393-4563
Télécopieur : 514 393-4598

Bureau de Québec
1175, avenue Lavigerie, bureau 440
Québec (Québec) G1V 4P1
Téléphone : 418 657-4547
Télécopieur : 418 657-4761

CIM
CERTIFIÉ ISO 9001

www.cim-conseil.qc.ca
conseillers@cim-conseil.qc.ca

ANNEXE 2

Plan clinique du Service d'hémato-oncologie, mars 2018

POUR COMMENTAIRES

CIM
CONSEIL

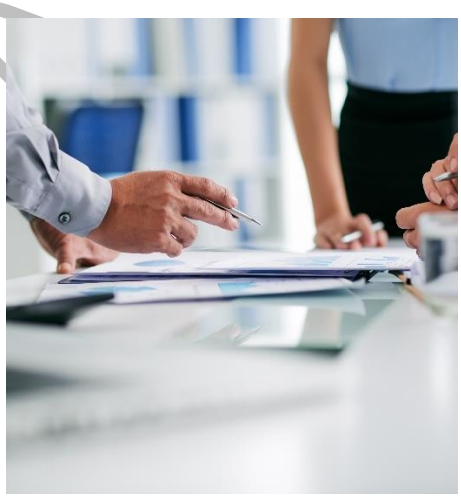
CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

PLAN CLINIQUE DU SERVICE D'HÉMATO-ONCOLOGIE DE L'HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA

Rapport préliminaire

6 MARS 2018

RAPPORT PRÉLIMINAIRE



FICHE DE RÉVISION/VALIDATION

Projet : Plan clinique du service d'hémato-oncologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda	**N° de mandat :** 17-3346

N° DE RÉVISION/ VALIDATION	TYPE DE DOCUMENT	DATE DE DÉPÔT	APPROBATION PAR LE CHARGÉ DE PROJET	APPROBATION PAR LE MANDATAIRE
1	Rapport préliminaire (pour discussions)	2018-03-06	François Sarrasin/ Dominique Spickler	Mario St-Cyr

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET CONTEXTE DU PROJET 1

1. Le CISSS et la population à desservir 2
   - 1.1 Présentation de l'établissement 2
   - 1.2 Mission et responsabilités 2
     - 1.2.1 Mission 2
     - 1.2.2 Responsabilités 3
   - 1.3 Le territoire et le profil populationnel 3
     - 1.3.1 Le territoire 3
     - 1.3.2 La population actuelle 5
     - 1.3.3 Les variations démographiques prévues d'ici 2026 6
     - 1.3.4 Le profil épidémiologique 7

2. Offre de services actuelle 10
   - 2.1 Continuum en cancérologie en Abitibi-Témiscamingue 10
     - 2.1.1 Organisation des services en oncologie 10
     - 2.1.2 Organisation des services diagnostiques 11
     - 2.1.3 Organisation des services en soins palliatifs 12
     - 2.1.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 12
     - 2.1.5 Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) 14
     - 2.1.6 Formation continue et communauté de pratiques 15
   - 2.2 Les volumes d'activité en hémato-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda 16
     - 2.2.1 Les traitements de chimiothérapie 16
     - 2.2.2 Les visites en hémato-oncologie 16
   - 2.3 Le fonctionnement et l'organisation actuels du service d'hémato-oncologie 17

3. Offre de services proposée 20
   - 3.1 Les principes directeurs et les orientations 20
   - 3.2 La projection des volumes d'activité 21

CONCLUSION 23

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

INTRODUCTION ET CONTEXTE DU PROJET

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS AT) procède actuellement à l'élaboration de son plan clinique spécifique du service d'hémato-oncologie pour l'Hôpital de Rouyn-Noranda.

L'élaboration d'un plan clinique constitue un préalable à tout projet immobilier requérant l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À cet égard, le Ministère a défini en 2014 de nouvelles balises pour guider les établissements dans la préparation de leur projet afin qu'ils s'inscrivent dans les orientations et les lignes directrices ministérielles, les normes d'accès établies, l'organisation territoriale de services et les objectifs immobiliers définis.

À la suite du dépôt du Plan clinique du service de radio-oncologie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue en septembre 2017, le MSSS a autorisé le CISSS AT à aller de l'avant en évaluant l'opportunité d'implanter un centre de cancérologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda, regroupant les services de radio-oncologie et d'hémato-oncologie. Ce centre de cancérologie permettra au CISSS AT de prendre en charge toutes les phases du traitement de la maladie à l'intérieur d'un continuum de soins complet, rehaussé et consolidé.

Ce plan clinique présente les besoins de la population à desservir, l'offre de services actuelle en hémato-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda ainsi que l'objectif du projet et l'offre de services proposée dans le cadre du nouveau centre de cancérologie.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

1. Le CISSS et la population à desservir

1.1 Présentation de l'établissement

Le CISSS AT a été institué le 1er avril 2015 avec l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Il résulte de la fusion des neuf établissements du territoire, soit les suivants :

- CSSS Les Eskers (missions CHSGS, CLSC et CHSLD);
- CSSS de Rouyn-Noranda (missions CHSGS, CLSC et CHSLD);
- CSSS du Lac-Témiscamingue (missions CHSGS, CLSC et CHSLD);
- CSSS de la Vallée-de-l'Or (missions CHSGS, CLSC et CHSLD);
- CSSS des Aurores-Boréales (missions CHSGS, CLSC et CHSLD);
- Centre de réadaptation en dépendance-toxicomanie – Centre Normand (mission CRDT);
- Centre de réadaptation en déficience physique – Centre de réadaptation La Maison (mission CRDP);
- Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (mission CJ);
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Clair Foyer (mission CRDI).

1.2 Mission et responsabilités

1.2.1 Mission

La mission du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est de veiller à l'harmonisation des pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des diverses installations, et ce, au profit des usagers et de la population.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ et CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

famille, clinique réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

1.2.2 Responsabilités

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à la responsabilité de :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- garantir une planification régionale des ressources humaines;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de service (RTS), comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmaciens et les autres ressources privées ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau.

1.3 Le territoire et le profil populationnel

1.3.1 Le territoire

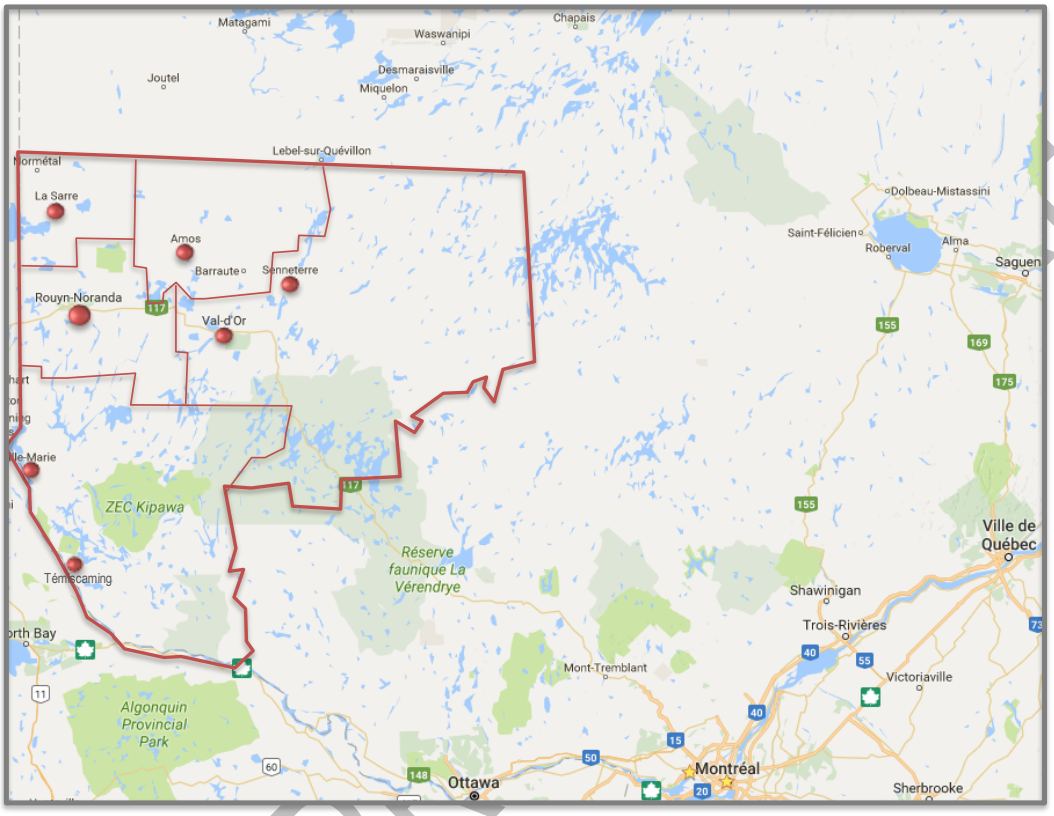
Le territoire du CISSS AT couvre une superficie de 58 000 kilomètres carrés. En 2016, le territoire compte près de 150 000 habitants répartis dans cinq réseaux locaux de services (RLS), soit ceux de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or, de l'Abitibi, de l'Abitibi-Ouest et du Témiscamingue[1]. Sa densité de population de 2,6 habitants par kilomètre carré en fait une des régions du Québec les moins densément peuplées. La population est donc dispersée dans les 65 municipalités[2], dont la plupart regroupent moins de 1 000 habitants.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

[1] Le RLS du Témiscamingue regroupe les anciens RLS de Ville-Marie et du Témiscaming.

[2] Le territoire comprend également une dizaine de territoires non organisés et sept réserves ou établissements amérindiens.

Figure 1 : Carte de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et localisation des principales villes



La figure 1 présente la carte du territoire avec l'emplacement des principales villes de la région. Au nord, les municipalités de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami font également partie du bassin de desserte du CISSS AT pour les services médicaux spécialisés.

Toutefois, comme démontré au tableau 1, à l'intérieur même de la région, les principales villes sont situées à moins de 200 km les unes des autres. En fait, neuf villes sur les dix de la région comptant plus de 2 000 habitants sont situées tout près ou à l'intérieur de la limite de 200 km à partir de Rouyn-Noranda.

Tableau 1. Distances (en km) entre les principales villes du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue

	Rouyn	Val-d'Or	La Sarre	Amos	Ville-Marie	Témis-caming
Rouyn	-	105	80	105	130	215
Val-d'Or	105	-	165	70	235	320
La Sarre	80	165	-	100	210	300
Amos	105	70	100	-	230	320
Ville-Marie	130	235	210	230	-	90
Témiscaming	215	320	300	320	90	-

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

1.3.2 La population actuelle

En 2016, la population du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue est d'environ 149 000 habitants. Comme décrit au tableau 2 de la page suivante, le RLS de la Vallée-de-l'Or compte 44 329 habitants, ce qui représente 30 % de la population totale du RTS. Le RLS de Rouyn-Noranda, le deuxième territoire le plus peuplé de la région, compte 42 340 habitants, soit 28 % du total de la région.

Le taux de personnes âgées de 65 ans et plus est de 17,4 % dans l'ensemble de la région, soit un taux semblable à la moyenne du Québec (18 %). Néanmoins, on observe certaines variations selon les territoires à l'intérieur de la région. Les RLS de l'Abitibi-Ouest et du Témiscamingue présentent un taux de personnes âgées de 65 ans et plus de 20 %, alors qu'il est de 15 % dans le RLS de Val-d'Or et de 17 % dans les RLS de Rouyn-Noranda et de l'Abitibi.

Tableau 2 : La population du RTS de l'Abitibi-Témiscamingue par groupe d'âge selon le territoire en 2016

La population selon le territoire et le groupe d'âge

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	8 968	13 808	12 332	7 232	42 340
RLS de la Vallée-de-l'Or	9 926	14 187	13 248	6 968	44 329
RLS de l'Abitibi-Ouest	4 498	5 852	6 461	4 242	21 053
RLS de l'Abitibi	5 531	7 738	7 496	4 290	25 055
RLS du Témiscamingue	3 521	4 350	5 151	3 186	16 208
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**32 444**	**45 935**	**44 688**	**25 918**	**148 985**
Ensemble du Québec	**1 730 226**	**2 763 849**	**2 358 888**	**1 504 644**	**8 357 607**

Distribution de la population selon le groupe d'âge

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	21,2%	32,6%	29,1%	17,1%	100,0%
RLS de la Vallée-de-l'Or	22,4%	32,0%	29,9%	15,7%	100,0%
RLS de l'Abitibi-Ouest	21,4%	27,8%	30,7%	20,1%	100,0%
RLS de l'Abitibi	22,1%	30,9%	29,9%	17,1%	100,0%
RLS du Témiscamingue	21,7%	26,8%	31,8%	19,7%	100,0%
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**21,8%**	**30,8%**	**30,0%**	**17,4%**	**100,0%**
Ensemble du Québec	**20,7%**	**33,1%**	**28,2%**	**18,0%**	**100,0%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

Il est à noter que depuis 2006, la population totale de la région est demeurée plutôt stable (hausse de 3 %). Par contre, la population âgée de 65 ans et plus a quant à elle augmenté de 40 %. Au cours de la même période, la population totale du Québec a augmenté de 10 % et celle âgée de 65 ans et plus de 42 %.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

1.3.3 Les variations démographiques prévues d'ici 2026

Le tableau 3 présente la population prévue en 2026 pour les différents territoires de la région, alors que le tableau 4 présente les taux de variation entre 2016 et 2026. On observe une population totale relativement stable dans la région (hausse de 2,4 %). Les plus fortes croissances sont observées dans les RLS de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or (3,5 %). Ces croissances sont significativement plus faibles que la moyenne du Québec (7,3 %).

En 2026, on prévoit une population d'environ 152 500 habitants dans la région, dont 45 860 à Val-d'Or et 43 825 à Rouyn-Noranda. Toutefois, au niveau des personnes âgées de 65 ans et plus, les hausses seront importantes dans tous les territoires de la région. En effet, les taux de croissance de cette population seront plus élevés que la moyenne québécoise dans chacun des territoires de la région. Au global, le nombre d'aînés dans la région augmentera de 41,4 %, comparativement à 37,9 % dans l'ensemble du Québec. Pour le territoire de Rouyn-Noranda, on s'attend à une hausse de 40 % du nombre d'aînés.

En somme, en 2026, la région de l'Abitibi-Témiscamingue comptera 36 643 habitants âgés de 65 ans et plus. Il s'agit d'un taux de 24 %, comparativement au taux actuel de 17 %. Le territoire de Rouyn-Noranda comptera quant à lui 10 153 habitants de 65 ans et plus.

Tableau 3 : La population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue par groupe d'âge selon le territoire en 2026

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	9 702	13 302	10 668	10 153	43 825
RLS de la Vallée-de-l'Or	10 678	13 717	11 537	9 928	45 860
RLS de l'Abitibi-Ouest	4 531	5 406	5 234	5 867	21 038
RLS de l'Abitibi	5 752	7 217	6 560	6 274	25 803
RLS du Témiscamingue	3 418	3 993	4 175	4 421	16 007
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**34 081**	**43 635**	**38 174**	**36 643**	**152 533**
Ensemble du Québec	**1 922 847**	**2 704 107**	**2 264 870**	**2 075 413**	**8 967 237**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

Tableau 4 : Les taux de variation prévus dans les territoires de la région de l'Abitibi-Témiscamingue par groupe d'âge d'ici 2026

	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65 ans +	TOTAL
RLS de Rouyn-Noranda	8,2%	-3,7%	-13,5%	40,4%	3,5%
RLS de la Vallée-de-l'Or	7,6%	-3,3%	-12,9%	42,5%	3,5%
RLS de l'Abitibi-Ouest	0,7%	-7,6%	-19,0%	38,3%	-0,1%
RLS de l'Abitibi	4,0%	-6,7%	-12,5%	46,2%	3,0%
RLS du Témiscamingue	-2,9%	-8,2%	-18,9%	38,8%	-1,2%
RTS de l'Abitibi-Témiscamingue	**5,0%**	**-5,0%**	**-14,6%**	**41,4%**	**2,4%**
Ensemble du Québec	**11,1%**	**-2,2%**	**-4,0%**	**37,9%**	**7,3%**

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014

1.3.4 Le profil épidémiologique

Le cancer est devenu la première cause de mortalité au Québec, et ce, depuis le début des années 2000. Au Québec, le nombre de nouveaux cas de cancer augmente d'environ 2 % à 2,5 % par année (Société canadienne du cancer). Cette augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.

La mortalité

Le tableau 5 présente les décès selon la cause dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue et dans l'ensemble du Québec. Les décès par tumeurs représentent 34 % des décès dans la population témiscabitibienne (395 décès), un taux comparable à la moyenne québécoise (33 %). Néanmoins, étant donné des taux de mortalité plus élevés dans la région que la moyenne du Québec, on observe un taux de mortalité par tumeur plus élevé en Abitibi (255 par 100 000) comparativement au Québec (227 par 100 000).

Tableau 5 : Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes, 2010-2012

	Nombre moyen annuel de décès		Taux moyen de mortalité / 100 000 hab.	
	Abitibi-Témiscamingue	**Ensemble du Québec**	**Abitibi-Témiscamingue**	**Ensemble du Québec**
Total des causes	**1 160**	**59 796**	**692**	**620**
Tumeurs malignes	395	19 824	255	227
Appareil circulatoire	267	14 664	176	167
Appareil respiratoire	98	5 995	65	63
Traumatismes non intentionnels	71	2 216	47	26

Source : CISSS AT, données statistiques sur l'état de santé

L'incidence du cancer

Dans la région, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté au cours des deux dernières décennies. Cependant, le taux annuel moyen de nouveaux cas de cancer, ajusté selon l'âge, est demeuré relativement stable durant cette même période. De 2006 à 2010, il s'est établi à 540 nouveaux cas pour 100 000 personnes, ce qui se compare à celui de l'ensemble du Québec (531)[3].

[3] Tiré du « Portrait de santé de la population », CISSS AT, avril 2017.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Le nombre de nouveaux cas de cancer en 2016 est estimé à environ 883[4]. La distribution des nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance ne diffère pas significativement de la distribution de la population. Sur le total de nouveaux cas dans la population de la région, 492 proviennent des territoires de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or, soit 56 % du nombre total de nouveaux cas (tableau 6).

Tableau 6 : Population et nombre estimé de nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance en 2016

	Population		Nouveaux cas de cancer	
	Nombre	Distribution	Nombre	Distribution
RLS de Rouyn-Noranda	42 340	28%	246	28%
RLS de la Vallée-de-l'Or	44 329	30%	246	28%
RLS de l'Abitibi-Ouest	21 053	14%	138	16%
RLS de l'Abitibi	25 055	17%	147	17%
RLS du Témiscamingue	16 208	11%	106	12%
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	**148 985**	**100%**	**883**	**100%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014, et Société canadienne du cancer, 2016

Tableau 7 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer selon le territoire de provenance, 2016 à 2026

	Nouveaux cas de cancer		
	2016	2021	2026
RLS de Rouyn-Noranda	246	271	295
RLS de la Vallée-de-l'Or	246	270	294
RLS de l'Abitibi-Ouest	138	150	161
RLS de l'Abitibi	147	163	179
RLS du Témiscamingue	106	114	123
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	**883**	**968**	**1 052**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ) 2014 et Société canadienne du cancer, 2016

Le tableau 7 présente l'évolution du nombre de nouveaux cas de cancer par territoire d'ici 2026. Finalement, le tableau 8 présente le sommaire de la variation d'ici 2026 de la population totale, de la population âgée de 65 ans et plus et du nombre de nouveaux cas de cancer.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

[4] L'estimation du nombre de nouveaux cas de cancer est fonction des taux d'incidence moyens par âge publiés par la Société canadienne du cancer et de la structure par âge de la population de chacun des territoires de la région.

Tableau 8 : Variations prévues d'ici 2026 de la population et du nombre de nouveaux cas de cancer dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue selon le territoire

	Population totale	Population 65 ans +	Nouveaux cas de cancer
RLS de Rouyn-Noranda	3,5%	40,4%	19,9%
RLS de la Vallée-de-l'Or	3,5%	42,5%	19,5%
RLS de l'Abitibi-Ouest	-0,1%	38,3%	16,7%
RLS de l'Abitibi	3,0%	46,2%	21,8%
RLS du Témiscamingue	-1,2%	38,8%	16,0%
Population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	**2,4%**	**41,4%**	**19,3%**

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2014, et Société canadienne du cancer, 2016

En somme, la région de l'Abitibi-Témiscamingue représente un bassin populationnel de près de 150 000 personnes. En 2016, on estime à environ 900 le nombre de nouveaux cas de cancer dans la région, nombre qui sera croissant dans les années à venir. En 2026, on estime à 1 050 le nombre de nouveaux cas de cancer, soit une hausse annuelle moyenne d'environ 2 %.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

2. OFFRE DE SERVICES ACTUELLE

2.1 Continuum en cancérologie en Abitibi-Témiscamingue

2.1.1 Organisation des services en oncologie

Le *leadership* des équipes de travail dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue est reconnu dans plusieurs domaines, notamment pour ses pratiques en matière de lutte au cancer. Chaque établissement hospitalier possède sa propre équipe interdisciplinaire dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer. La mise en place du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue vient ainsi coordonner chacune de ces équipes et optimiser le continuum de soins et services en cancérologie.

De façon plus spécifique, la gouverne régionale en cancérologie s'assure :

- de la présence d'une équipe interdisciplinaire en oncologie dans chacune des installations hospitalières;
- d'une organisation des services solide, optimale et hiérarchisée qui garantit, pour les cas de cancer, une accessibilité dans les délais prescrits;
- d'un chef de service régional qui assure aussi la cogestion clinico-administrative du programme en cancérologie, ce qui permet une fluidité et une cohérence dans le mode de communication ainsi que dans le fonctionnement en réseau;
- d'un cogestionnaire médical qui est également le chef de service en oncologie;
- d'une diversité des spécialités médicales qui permet de rendre peu fréquent le recours aux centres tertiaires;
- de la complémentarité entre les spécialités médicales, chirurgicales et les médecins de famille, ce qui facilite l'accessibilité de même que la continuité des soins et services, et ce, pour toute la région;
- de la complémentarité des services avec les sept groupes de médecine de famille (GMF) qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pivots;
- d'une organisation médicale en oncologie diversifiée assurant la pérennité de l'accès, notamment avec une équipe d'internistes et une équipe d'hémato-oncologues de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de radio-oncologues de Gatineau ainsi que de deux oncologues à Amos, dont un assure une présence dans chaque installation hospitalière;
- des pneumologues situés à Val-d'Or et Rouyn-Noranda pour une prise en charge optimale et précoce des usagers de la région avec des nodules pulmonaires, en collaboration avec les internistes du CISSS;
- d'une équipe régionale constituée de pneumologues, internistes, oncologues et chirurgiens qui a travaillé à élaborer la trajectoire du poumon selon les normes du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ, 2014);

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

- d'une participation engagée des chirurgiens dans le dépistage et le suivi des nodules aux seins;
- d'un taux de rétention pour des chirurgies oncologiques dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue de plus de 70 %;
- de la coordination de l'oncologie pédiatrique régionale assumée par les pédiatres de l'Hôpital de Rouyn-Noranda, selon un modèle de collaboration avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et le Réseau Mère-Enfant;
- des rendez-vous, des prélèvements et des suivis effectués au site d'Amos et de Rouyn-Noranda par télésanté pour la clientèle régionale, le tout initié par le secteur d'Amos en collaboration avec une spécialiste en dépistage du cancer génétique de l'Hôpital du Sacré-Cœur;
- de la désignation de l'Hôpital de Rouyn-Noranda comme centre régional d'investigation désigné (CRID) pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein ainsi que le laboratoire désigné pour les marqueurs biologiques en cancer du sein;
- de la désignation en 2015 du site d'Amos comme centre affilié pour le cancer du poumon; de plus, un corridor de services bidirectionnel a été formalisé avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) à titre de centre de référence;
- de l'acquisition du Système d'archivage des données oncologiques (SARDO) installé en mode régional; présentement, deux registraires en oncologie assurent la codification des cas de cancer dans la région et saisissent les variables requises au Registre québécois du cancer;
- de la présence d'une équipe de deux radio-oncologues qui sont présents à raison d'une journée par semaine depuis le 9 janvier 2015. En tout, plus de 400 usagers ont pu bénéficier d'une première visite dans leur région depuis 2015, en plus d'environ 150 usagers qui ont eu une visite de suivi (situation mise en place pour pallier l'absence de radio-oncologie dans la région). La transition vers le nouveau mode de pratiques sera assurée en coordination avec les radio-oncologues du CISSS AT, l'équipe CUSM et celle du CISSS de l'Outaouais, à l'intérieur d'une entente formelle, afin d'éviter toute rupture de services.

2.1.2 Organisation des services diagnostiques

Les plateaux techniques de radiologie diagnostique sont présents dans toutes les installations. Les systèmes d'archivage numérique en imagerie médicale (PACS) sont partageables à travers l'ensemble de la région.

Au niveau de l'offre actuelle de services en imagerie médicale, le CISSS AT compte cinq appareils de TDM, soit un dans chacun de ses centres hospitaliers. Toutefois, le seul appareil d'IRM dans la région est actuellement mobile, ce qui limite la productivité de l'appareil étant donné les déplacements. Cet appareil sera prochainement remplacé par un nouveau, mais l'unité d'IRM restera mobile. Finalement, les services de médecine nucléaire sont basés à l'Hôpital de Val-d'Or, dont le service sera prochainement muni d'un TEP.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

2.1.3 Organisation des services en soins palliatifs

En matière de soins palliatifs, différentes modalités sont disponibles pour répondre aux besoins de la population (ex. : soutien à domicile, lits en CHSGS, lits de répit, lits en CHSLD, lits en CHSGS et lits en maison de soins palliatifs). En effet, entre 1991 et 2003, trois maisons de soins palliatifs se sont établies en Abitibi-Témiscamingue, pour un total de 14 lits. La maison du Bouleau Blanc à Amos, la maison de l'Envol à Rouyn-Noranda et la maison de la Source Gabriel à Val-d'Or ont toutes leurs accréditations. Un projet de développement est en cours à La Sarre afin que la ville puisse également avoir sa maison de soins palliatifs. Chacune de ces maisons détient une entente de services et financière avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et est actuellement en processus d'accréditation sur la qualité des soins et des services dispensés.

2.1.4 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

L'objectif du programme est de rejoindre 70 % des femmes de 50 à 69 ans pour tendre à diminuer de 25 % le nombre de cas de cancer du sein. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, cela représente une population totale de 21 500 femmes, dont 13 600 ont passé une mammographie en 2015-2016. Le taux de participation actuel est de 63,2 %, soit le huitième meilleur taux au Québec.

Rouyn-Noranda est désigné centre régional d'investigation et de dépistage (CRID); les autres sites ont des centres désignés de dépistage (CDD), sauf le secteur du Témiscamingue. Le tableau 9 présente le taux de participation au PQDCS selon le territoire et la période.

Tableau 9 : Taux de participation au PQDCS selon le territoire et la période

Territoires	2011-2012	2015-2016
Vallée-de-l'Or	67,2%	58,2%
Rouyn-Noranda	69,5%	64,2%
Abitibi (Amos)	70,8%	68,2%
Abitibi-Ouest (La Sarre)	71,8%	68,0%
Témiscamingue (secteur Ville-Marie)	68,6%	64,9%
Témiscamingue (secteur Témiscaming-Kipawa)	44,8%	40,0%
La région de l'Abitibi-Témiscamingue	**68,8%**	**63,2%**
Le Québec	**58,3%**	**59,3%**

Note : Une période couvre deux années civiles, du 1er janvier de l'année de départ au 31 décembre de l'année suivante.

Source : Système d'information du PQDCS, INSPQ, Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) et RAMQ

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Selon le cadre de référence, 85 % des femmes devraient obtenir leur rendez-vous pour passer une mammographie à l'intérieur d'un délai maximum défini. Le tableau 10 montre les délais d'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage et deux examens d'investigation, soit le cliché mammaire complémentaire et l'échographie, selon le territoire, à la suite d'un sondage réalisé par l'INSPQ (mai 2017).

Tableau 10 : Délais d'obtention (en nombre de semaines) d'un rendez-vous pour certains examens du PQDCS, mai 2017

		Imageries mammaires complémentaires	
Nom du centre désigné	**Mammographie de dépistage**	**Clichés mammaires complémentaires**	**Échographie mammaire complémentaire**
	Cible de 6 semaines et moins	Cible de 3 semaines et moins	Cible de 3 semaines et moins
Hôpital d'Amos	4	2	1
Hôpital de La Sarre	3	1	1
Hôpital de Rouyn-Noranda	2	2	1
Hôpital de Val-d'Or	4	2	2
Hôpital de Ville-Marie	3	3	6

Source : INSPQ

Selon le cadre de référence, 90 % des femmes ayant une mammographie anormale devraient obtenir leur premier rendez-vous pour l'investigation à l'intérieur de douze jours ouvrables suivant la date de la mammographie.

L'assurance qualité est une préoccupation régionale. Une femme de la région sur quatre n'a pas de médecin de famille. Actuellement, chaque installation désigne un médecin volontaire qui assure la prise en charge de la patiente sans médecin de famille à la suite d'une mammographie anormale. Par contre, puisque la norme est de douze jours pour l'envoi des résultats à la patiente après la lecture de la mammographie par le radiologiste, un retard va causer un délai pour amorcer l'investigation.

Le suivi des résultats est analysé lors de chacune des rencontres de notre gouverne en cancérologie pour s'assurer de l'accessibilité et de la qualité de notre programme dans nos établissements en lien avec les recommandations ministérielles de la DGC.

En 2012, l'unité mobile de radiologie CLARA s'est déplacée dans le territoire du Témiscamingue (secteur Témiscaming) pour effectuer des mammographies. Il est possible que la proximité de l'Ontario amène d'autres femmes de la région à s'y rendre pour effectuer leur mammographie de dépistage, mais l'information n'est pas comptabilisée dans le système québécois.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Ligne téléphonique sans frais reliée au PQDCS

Le cadre de référence du PQDCS prévoit la mise en place de mécanismes pour répondre aux besoins d'information, d'écoute et de soutien des femmes participantes et de la population en général. La ligne est en fonction depuis 2002. Une infirmière répond aux demandes du lundi au vendredi. Le nombre moyen d'appels est de 2,1 par jour ouvrable, ce qui correspond approximativement à 5 % de la clientèle cible du programme.

2.1.5 Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Le dépistage du cancer colorectal vise à détecter et à traiter le cancer avant même que les signes et symptômes de la maladie apparaissent. À ce moment, le cancer est généralement à un stade peu avancé, ce qui augmente les chances de succès du traitement. Il est recommandé aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans de passer un test de dépistage tous les deux ans.

Afin de réduire les décès causés par le cancer colorectal, le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à mettre en place le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Ainsi, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a été désigné dans la première cohorte et a amorcé ses travaux en décembre 2015. Un échéancier de douze à dix-huit mois est alloué pour compléter le processus de révision et de conformité aux normes cliniques et organisationnelles dans l'unité d'endoscopie du centre. Le projet est bien implanté; il reste le volet des aménagements des locaux de l'annexe 5 du guide du Ministère à travailler dans les prochains mois.

Une gouverne structurée et hiérarchisée a été mise en place et a pour mandat :

- de s'assurer de mettre en place les ressources nécessaires dans l'atteinte de l'équilibre entre l'offre et la demande;
- de mettre en place des mécanismes de liaison avec la première ligne;
- d'implanter de nouvelles normes cliniques médicales et infirmières relatives à la coloscopie;
- d'implanter de nouvelles normes en retraitement des dispositifs médicaux et critères d'aménagement en endoscopie;
- de déployer un progiciel endoscopique pour un suivi de la qualité de l'examen;
- de s'assurer d'une reddition de comptes selon les principaux livrables attendus.

De plus, selon les lignes directrices, le FIT test ou RSOSi devrait être utilisé comme premier moyen de dépistage du cancer colorectal pour la majorité de la population. Dans la région en 2016-2017, c'est un taux de 16,6 % des personnes âgées de 50 et 74 ans qui ont été analysées (comparativement à 16 % pour l'ensemble du Québec). Dans la région entre 2015-2016 et 2016-2017, le taux est passé de 14,5 % à 16,6 %, alors qu'il est demeuré stable au Québec.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

La gouverne en cancérologie suivra également de près l'accessibilité aux examens diagnostiques, dont la colonoscopie. Le tableau 11 présente le taux d'examens hors délais pour l'ensemble du CISSS AT à la période 4 de l'année 2017-2018.

Tableau 11 : Taux d'examens hors délais pour l'ensemble du CISSS AT, période 4 en 2017-2018

Territoires	Délais respectés	Hors délais	Total	Production d'examens	Nouvelles requêtes	Taux hors délais
Contrôle	1 431	169	1 600	143	125	10,56%
P1	0	0	0	15	8	0,00%
P2	3	1	4	18	10	25,00%
P3	178	47	225	190	114	20,89%
P4	137	11	148	46	34	7,43%
P5	8	0	8	5	3	0,00%
Total, période 4	**1 757**	**228**	**1 985**	**417**	**294**	**11,49%**

Source : Données internes du CISSS AT

2.1.6 Formation continue et communauté de pratiques

Sur le plan de la formation continue, la Journée annuelle oncologique Abitémis est une initiative régionale d'une oncologue du site d'Amos. Cette journée thématique a lieu au printemps et permet de rassembler plusieurs professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'extérieur de la région.

Deux communautés de pratiques en oncologie sont en place, soit pour les infirmières pivots en oncologie ainsi que pour les registraires en oncologie qui s'associent à la région de l'Outaouais.

Les professionnels désignés aux comités nationaux partagent aux membres de leur communauté de pratiques l'information sur l'état des travaux en cours à la Direction générale de cancérologie (DGC) du MSSS. Des présentations et des discussions cliniques ont lieu, ce qui favorise l'échange de bonnes pratiques, le maintien à jour sur les données probantes et les lignes directrices.

Le comité des diagnostics et des traitements du cancer (CDTC) est accessible à toutes les équipes en cancérologie de la région et il est chapeauté par le cogestionnaire médical de la gouverne en cancérologie. Le CDTC est en place selon le modèle proposé par la DGC et relève du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Les cas complexes sont discutés en collaboration avec le CDTC de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (comme défini par l'entente de services).

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

2.2 Les volumes d'activité en hémato-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda

2.2.1 Les traitements de chimiothérapie

En 2016-2017, l'Hôpital de Rouyn-Noranda a produit 1 971 traitements de chimiothérapie. À la période 11 de l'année 2017-2018, 1 745 traitements ont été produits. En projetant les deux dernières périodes, le nombre de traitements pour l'année sera de 2 061 (tableau 12)[5].

Environ 50 % sont des traitements courts de chimiothérapie (moins de 2 heures). Notons que 18 % des traitements sont des activités thérapeutiques autres que des traitements liés à la pathologie et qu'aucune urgence oncologique n'a été enregistrée.

Depuis 2012-2013, le nombre de traitements à l'Hôpital de Rouyn-Noranda est passé de 1 580 à 2 061, une hausse de 30 % sur cinq ans. Entre 2012-213 et 2016-2017, c'est une hausse de 25 % du nombre de traitements, comparativement à une hausse de 8 % dans l'ensemble du Québec.

Tableau 12 : Évolution du nombre total de traitements en hémato-oncologie dans les installations du CISSS AT

	Traitements 2012-2013	Traitements 2017-2018	Variation
CSSS de Rouyn-Noranda	1 580	2 061	**30,4%**
CSSS de la Vallée-de-l'Or	1 179	1 564	**32,7%**
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	1 377	711	**-48,4%**
CSSS des Aurores Boréales	944	869	**-7,9%**
CSSS du Témiscamingue	767	448	**-41,6%**
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	**5 847**	**5 653**	**-3,3%**

Source : MSSS AS-478 et données internes du CISSS AT

2.2.2 Les visites en hémato-oncologie

En 2016-2017, le nombre de visites (consultations, suivis ou traitements) enregistrées en hémato-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda est de 4 694. À la période 11 de l'année 2017-2018, le nombre de visites est de 3 876. En projetant les périodes 12 et 13, le nombre total de visites sera de 4 578 (tableau 13)[6].

[5] Les baisses significatives du nombre de traitements observées dans les CH d'Amos et de Ville-Marie sont principalement dues à une uniformisation de la saisie des volumes d'activité à travers le CISSS entre les visites en hémato-oncologie, les visites de traitement de chimiothérapie et les visites en cliniques externes.

[6] Les baisses significatives du nombre de visites observées dans les CH de Val-d'Or et de Ville-Marie sont principalement dues à une uniformisation de la saisie des volumes d'activité à travers le CISSS entre les visites et les visites de traitement en hémato-oncologie et les visites en cliniques externes autres.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Depuis 2012-2013, le nombre de visites enregistrées à l'Hôpital de Rouyn-Noranda est passé de 3 782 à 4 578, une hausse de 21 % sur cinq ans. Entre 2012-213 et 2016-2017, c'est une hausse de 24 % du nombre de visites en hémato-oncologie, comparativement à une hausse de 5 % dans l'ensemble du Québec.

Tableau 13 : Évolution du nombre total de visites en hémato-oncologie dans les installations du CISSS AT

	Visites 2012-2013	Visites 2017-2018	Variation
CSSS de Rouyn-Noranda	3 782	4 578	**21,0%**
CSSS de la Vallée-de-l'Or	4 199	1 995	**-52,5%**
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	1 857	2 339	**26,0%**
CSSS des Aurores Boréales	937	1 813	**93,5%**
CSSS du Témiscamingue	1 431	999	**-30,2%**
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	**12 206**	**11 724**	**-3,9%**

Source : MSSS AS-478 et données internes du CISSS AT

2.3 Le fonctionnement et l'organisation actuels du service d'hémato-oncologie

Les ressources humaines

L'équipe de soins du service d'hémato-oncologie de Rouyn-Noranda est composée de :

- une assistante-infirmière;
- deux infirmières aux traitements (une à 4 jours/semaine, une à 3 jours/semaine);
- une infirmière pivot;
- une nutritionniste (2,5 jours/semaine);
- une travailleuse sociale (2 jours/semaine);
- une pharmacienne.

L'équipe de soins comprend également une omnipraticienne pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille, un interniste ainsi qu'un oncologue (les jeudis).

Les services offerts

Le service d'hémato-oncologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda fonctionne cinq jours par semaine, de 8 à 16 heures. Le tableau 14 présente les types de services offerts selon la journée.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Il est à noter que des rencontres interdisciplinaires ont lieu un jeudi sur deux avec le médecin de famille et l'équipe professionnelle (infirmière, pharmacienne, travailleuse sociale et nutritionniste). Les patients, l'oncologue et l'interniste y assistent à l'occasion.

Actuellement, des traitements de chimiothérapie sont offerts le lundi après-midi et le mardi, le mercredi et le jeudi toute la journée. Lorsqu'il y a des débordements ou des urgences, des traitements peuvent également être faits le lundi et le vendredi.

La disponibilité des ressources humaines et les volumes de traitement font en sorte qu'il n'est pas possible pour le service de fournir des traitements de chimiothérapie à temps plein. Néanmoins, la hausse prévue des volumes de traitement et une réorganisation de la structure de poste favoriseront l'optimisation des ressources et le mode de production de services (voir chapitre 3).

Tableau 14 : Portrait des activités en hémato-oncologie selon la journée de la semaine, Hôpital de Rouyn-Noranda

	AM	PM
Lundi	Évaluations / Consultations	Traitements
Mardi	Évaluations / Consultations Traitements	Traitements
Mercredi	Traitements	Traitements
Jeudi	Traitements	Traitements
Vendredi	Évaluations / Consultations	Évaluations / Consultations

Les aires de traitement

Le CISSS AT offre des traitements de chimiothérapie sur ses cinq sites hospitaliers. Au total, l'établissement opère 38 aires de traitement, soit 28 fauteuils et 10 civières (en aire ouverte ou en salles fermées) (tableau 15). À l'Hôpital de Rouyn-Noranda, on compte 10 aires de traitement dans le service d'hémato-oncologie (six fauteuils et quatre lits, dont deux en salles fermées). Les deux lits en salles fermées sont réservés pour les clientèles spécialisées (enfants, pathologie respiratoire, cas infectieux, etc.).

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Tableau 15 : Portrait des aires de traitement en hémato-oncologie dans les installations du CISSS AT

	Fauteuils (aire ouverte)	Lits (aire ouverte ou salle fermée)	Total des aires de traitement
CSSS de Rouyn-Noranda	6	4	**10**
CSSS de la Vallée-de-l'Or	7	3	**10**
CSSS des Aurores Boréales	5	1	**6**
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	5	2	**7**
CSSS du Témiscamingue	5	0	**5**
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	**28**	**10**	**38**

Source : Données internes du CISSS AT

Les espaces et installations

Comme démontré plus haut, les volumes d'activité ont augmenté de façon significative depuis 2012-2013. Les installations et les espaces de travail ne sont plus suffisants pour soutenir un accroissement de volumes dans les années à venir.

- Manque de bureaux pour les consultations médicales et professionnelles ainsi que pour le travail interdisciplinaire;
- Dispersion des aires de travail qui nuit au travail multidisciplinaire et qui ne favorise pas une approche axée sur le patient où ce dernier est central dans l'organisation des services;
- Fauteuils de traitement en surcapacité certaines journées; espaces insuffisants pour soutenir un accroissement du nombre de traitements dans les années à venir;
- Pharmacie satellite nécessite des travaux pour le remplacement de la hotte devenue désuète;
- Capacité de la pharmacie satellite insuffisante pour soutenir un accroissement des volumes d'activité (en plus du projet de rapatriement des préparations en provenance d'autres sites);
- Pas de possibilité d'agrandissement.

Hébergement

Un projet pour l'acquisition d'un site d'hébergement dédié aux patients en oncologie est en cours. Notons toutefois qu'aucun service de transport n'est prévu pour le déplacement des usagers à travers la région. Le CISSS assurera néanmoins le transport des usagers entre le site d'hébergement et le centre de cancérologie (au besoin) ainsi que le transport des usagers référés au CUSM pour la radio-oncologie.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Urgence

Les services en urgence oncologique seront offerts au centre de cancérologie, sans passage par l'urgence, lors des heures d'ouverture.

3. OFFRE DE SERVICES PROPOSÉE

3.1 Les principes directeurs et les orientations

Le chapitre 2 a permis de démontrer l'évolution des volumes d'activité en hémato-oncologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda au cours des dernières années. Le vieillissement démographique, autant dans la population du RLS de Rouyn-Noranda que dans l'ensemble de la région, aura un impact important sur le nombre de nouveaux cas de cancer à venir. De plus, l'ouverture du service de radio-oncologie, prévue pour 2021, entrainera une pression supplémentaire sur le service d'hémato-oncologie par le rapatriement à l'Hôpital de Rouyn-Noranda d'une clientèle avec des traitements de radio-oncologie et de chimiothérapie concomitants.

Également, les installations actuelles du service d'hémato-oncologie ne conviennent plus pour assurer une offre de services optimale à la clientèle. À la suite du dépôt du plan clinique du service de radio-oncologie et du projet de construction à venir, l'opportunité se présente pour la direction du CISSS AT d'évaluer la portée d'un projet d'implantation d'un centre de cancérologie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda, regroupant les services de radio-oncologie et d'hémato-oncologie. Ce projet d'implantation d'un centre de cancérologie permettrait, à la fois de rehausser les installations du service d'hémato-oncologie pour mieux répondre aux besoins croissants de la population, mais également d'implanter un continuum de services fondé sur une l'interdisciplinarité, la continuité et la fluidité dans un même bâtiment.

Ce centre de cancérologie favorisera l'accessibilité et la continuité des services offerts dans la région en consolidant une gamme complète de services, incluant le dépistage, le diagnostic et la thérapie du cancer.

Les principes directeurs

Les principes directeurs suivants définissent les orientations prises par la direction de l'établissement en lien avec l'offre de services proposée en hémato-oncologie et représentent les assises de l'organisation à implanter dans l'avenir.

- Approche centrée sur le patient au cœur des décisions;
- Adaptabilité et flexibilité dans l'espace;
- Bien-être et convivialité;
- Optimisation de l'organisation du travail et efficience des ressources humaines;
- Utilisation optimale des technologies;
- Sécurité, prévention des infections et accessibilité;
- Soutien du développement durable.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Les orientations

L'offre de services proposée par le CISSS AT repose sur une approche centrée sur le patient qui maximise la fluidité du parcours-patient dans le continuum de soins.

L'organisation du travail doit favoriser l'accès à une équipe interdisciplinaire de professionnels dédiés à la clientèle du centre de cancérologie (infirmière, infirmière pivot en oncologie, travailleuse sociale, nutritionniste et pharmacienne) ainsi qu'à une équipe médicale (médecin de famille, oncologue et interniste).

Les espaces requis (aires de traitement, salles d'évaluation/consultation, salles de travail) devront :

- assurer un environnement humain favorisant la confidentialité, la discrétion et la dignité du patient;
- assurer des liens de proximité et la multidisciplinarité tout en s'assurant de réduire au minimum les déplacements de la clientèle;
- être à l'échelle des besoins actuels et futurs et assurer la flexibilité et l'adaptabilité;
- favoriser le soutien et la participation de la famille et des proches.

3.2 La projection des volumes d'activité

Comme mentionné au chapitre 1, on estimait à environ 900 le nombre de nouveaux cas de cancer dans la région en 2016. En raison du vieillissement de la population, l'incidence du cancer devrait augmenter à 970 en 2021, puis à 1 050 en 2026. Dans la population du territoire de Rouyn-Noranda, le nombre de nouveaux cas de cancer passera de 250 en 2016 à environ 300 en 2026, soit une hausse de 20 %.

L'impact de l'ouverture du centre de radio-oncologie en 2021 doit également être pris en considération dans la projection des volumes d'activité en hémato-oncologie dus aux patients ayant des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie concomitants.

Au niveau du nombre de traitements, la projection prend en compte l'impact démographique (vieillissement de la population), la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer et l'impact de la chimiothérapie et de la radiothérapie concomitante.

Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- Hausse de 20 % du nombre de nouveaux cas de cancer dans le territoire de Rouyn-Noranda;
- Maintien de la rétention actuelle de l'Hôpital de Rouyn-Noranda et du nombre moyen de traitements par patient;
- Taux de 15 % du nombre de patients en radio-oncologie nécessitant également des traitements de chimiothérapie;

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

- Taux de 50 % des patients avec traitements concomitants qui recevront leurs traitements de chimiothérapie à l'Hôpital de Rouyn-Noranda;
- Nombre moyen de sept traitements de chimiothérapie par patients concomitants.

En fonction de ces hypothèses, on prévoit que le nombre de traitements augmentera d'environ 33 % d'ici 2026. Le nombre de traitements prévu sera alors de 2 750.

Le nombre d'aires de traitement est actuellement de dix, dont deux salles fermées pour les clientèles spécialisées. Les hypothèses retenues pour la projection du nombre d'aires de traitement en 2026 sont les suivantes :

- Hausse du nombre de traitements par aire (de 200 à 300);
- Maintien des deux salles fermées pour les clientèles spécialisées.

En fonction de ces hypothèses, on prévoit un besoin de douze aires de traitement, dont huit fauteuils, deux lits et deux salles fermées.

Finalement, pour la projection des visites en hémato-oncologie, nous retenons l'hypothèse que le nombre croitra au même rythme que celui estimé pour les traitements. Nous prévoyons donc un nombre de 6 100 visites en 2026.

Le tableau 16 présente les résultats des projections de volumes.

Tableau 16 : Projections des volumes en hémato-oncologie, 2026

	Situation actuelle	Projection 2026
Traitements de chimiothérapie	2 061	2 750
Aires de traitement	10	12
Visites en hémato-oncologie	4 578	6 100

L'établissement pourra, éventuellement, prévoir un ajout au niveau des ressources humaines ou des modifications sur sa structure de poste selon les hausses de volumes et de l'organisation du travail dans le service.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

CONCLUSION

À venir

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Bureau de Montréal
2001, avenue McGill College, bureau 2100
Montréal (Québec) H3A 1G1
Téléphone : 514 393-4563

Bureau de Québec
1175, avenue Lavigerie, bureau 440
Québec (Québec) G1V 4P1
Téléphone : 418 657-4547

CIM
CONSEIL

ANNEXE 3

Tableau détaillé des superficies

POUR COMMENTAIRES

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE A - ACCUEIL					
A.01.	**Accueil et soutien à la clientèle**				
A.01.01	Vestibule d'entrée		1	8,0	8,0
A.01.02	Attente	36 places dont 2 fauteuils roulants et 2 fauteuils bariatriques, poste d'hygiène respiratoire, espace téléphone, fontaine d'eau et machine distributrice	1	64,5	64,5
A.01.03	Accueil	2 postes pour agent administratif	1	15,0	15,0
A.01.04	Photocopie et papeterie		1	6,0	6,0
A.01.05	Toilette		1	2,5	2,5
A.01.06	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
A.01.10	Dépôt matériel roulant		1	5,0	5,0
A.01.11	Salle de documentation	information pour les patients et leur famille	1	11,0	11,0
		Sous-total superficie nette			**116,5**
		Superficie totale F1 secteur A.01	**1,45**		**168,9**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE B - AIRE DE CONSULTATION					
B.01.	**Salles de consultation et examen**				
B.01.01	Salle de consultation/entrevue polyvalente	rencontre patient/professionnel : pharmacien, nutritionniste, intervenant social, etc.	3	12,0	36,0
B.01.02	Salle de consultation/entrevue	rencontre avec le professionnel (infirmière pivot) dédié en hémato-oncologie	1	12,0	12,0
B.01.03	Salles d'examen polyvalentes	rencontre patient/médecin/résident avec poste de travail pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	3	14,0	42,0
B.01.04	Salle d'examen	examen avec le professionnel (infirmière) dédié en radio-oncologie	1	14,0	14,0
B.01.05	Salle multifonctionnelle	25 places	1	50,0	50,0
B.01.06	Salle de consultation en télémédecine	consultation médicale à distance patient/médecin	1	11,0	11,0
		Sous-total superficie nette			**165,0**
		Superficie totale F1 secteur B.01	**1,55**		**255,8**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	**Nom du local**	**Description | fonction**	**Quantité**	**Sup. nette m²**	**Sup. Totale m²**
GROUPE C - AIRE DE TRAITEMENT HÉMATO-ONCOLOGIE					
C.01	**Traitement en hémato-oncologie**				
C.01.01	Salle d'évaluation	évaluation par l'infirmière avant les traitements (signes vitaux, labo et prélèvements)	1	11,0	11,0
C.01.02	Poste de garde	aire de préparation des soins (3 postes)	1	15,0	15,0
C.01.03	Aire de travail	2 postes + aire de rencontre (4 places)	1	20,0	20,0
C.01.04	Aire de traitement	8 fauteuils	8	7,5	60,0
C.01.05	Aire de traitement adaptée	2 lits, dont un bariatrique	2	13,0	26,0
C.01.06	Salle de traitements fermée	isolement respiratoire	1	12,0	12,0
C.01.07	Salle de traitements fermée	isolement infectieux	1	12,0	12,0
C.01.08	SAS	pour salle de traitement fermée	2	4,0	8,0
C.01.09	Toilette adaptée	pour salle de traitement fermée	2	4,5	9,0
C.01.10	Utilité souillée	incluant déchets cytotoxiques	1	11,0	11,0
C.01.11	Utilité propre		1	9,0	9,0
C.01.12	Toilette adaptée	pour aire de traitement	2	4,5	9,0
C.01.13	Toilette du personnel		1	2,5	2,5
C.01.14	Salle attente secondaire/Salon des patients/accompagnateurs/visiteurs	20 places dont 2 fauteuils roulants et 1 fauteuil bariatrique, avec espace cuisinette (café, frigo, TV, micro-ondes) et 10 casiers	1	40,5	40,5
C.01.15	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
		Sous-total superficie nette			**247,0**
		Superficie totale F1 secteur C.01	**1,45**		**358,2**
C.02	**Aire réservée aux préparations stériles - pharmacie satellite oncologie**				
C.02.01	Zone de soutien	inclut poste de saisie et deux passe-plats	1	35,0	35,0
C.02.02	Salle blanche - SCAS oncologie	salle blanche avec deux hottes dédiées	1	15,0	15,0
C.02.03	SAS	adjacent à la salle blanche	1	5,5	5,5
C.02.04	Aire de préparation du BCG	fermée et ventilation dédiée - requis norme OPQ	1	5,0	5,0
C.02.05	Aire de déballage	inclut nettoyage et désinfection - 2 portes	1	6,0	6,0
C.02.06	Bureau partagé	pharmaciens (2)	1	11,0	11,0
C.02.07	Dépôt hygiène et salubrité	dédié à la pharmacie satellite et inclut lavabo	1	3,0	3,0
C.02.08	Douche d'urgence		1	1,5	1,5
C.02.09	Aire de déshabillage	pour personnel salle blanche inclut PLM	1	2,5	2,5
		Sous-total superficie nette			**84,5**
		Superficie totale F1 secteur C.02	**1,45**		**122,5**

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	Nom du local	Description | fonction	Quantité	Sup. nette m^2	Sup. Totale m^2
GROUPE D - PLATEAU TECHNIQUE					
D.01	**Planification, simulation et simulation de contrôle**				
D.01.01	Attente secondaire	patients déshabillés 4 places dont 1 fauteuil roulant et 1 fauteuil bariatrique	1	10,5	10,5
D.01.02	Attente | civière	1 civière	1	3,5	3,5
D.01.03	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
D.01.04	Cabine de déshabillage adaptée	inclut lavabo	2	4,5	9,0
D.01.05	Alcôve	4 casiers	1	2,0	2,0
D.01.06	Poste de travail	laboratoire physique et instrumentation pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	1	4,0	4,0
D.01.07	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
D.01.08	Dépôt fourniture propre		1	5,0	5,0
D.01.09	Salle de CT-Simulateur combinée avec salle de moulage	**exclut** les superficies du blindage* inclut un espace pour le moulage et un PLM	1	60,0	60,0
D.01.10	Salle de contrôle CT-Simulateur		1	20,0	20,0
		Sous-total superficie nette			**120,5**
		Superficie totale F1 secteur D.01	**1,55**		**186,8**
D.02.	**Traitement en radio-oncologie**				
D.02.01	Attente secondaire déshabillée	8 places dont 1 fauteuil roulant et 1 fauteuil bariatrique	1	13,5	13,5
D.02.02	Attente | civière	1 civière	1	3,5	3,5
D.02.03	Toilette adaptée		1	4,5	4,5
D.02.04	Cabine de déshabillage adaptée		3	4,5	13,5
D.02.05	Alcôve	10 casiers	1	4,0	4,0
D.02.06	Alcôve	lingerie	1	2,0	2,0
D.02.07	Salles d'accélérateur linéaire - LINAC	la superficie **exclut** le blindage* mais inclut le labyrinthe et la salle technique adjacente - pas de porte blindée + PLM	2	100,0	200,0
D.02.08	Salle de contrôle		2	20,0	40,0
		Sous-total superficie nette			**281,0**
		Superficie totale F1 secteur D.02	**1,55**		**435,6**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle					
Numéro local	**Nom du local**	**Description | fonction**	**Quantité**	**Sup. nette m^2**	**Sup. Totale m^2**
GROUPE E - AIRE CLINICO-ADMINISTRATIVE					
E.01.	**Locaux partagés dédiés au personnel**				
E.01.01	Salle de repos du personnel	18 personnes; inclut espace cuisinette - café - micro-ondes - réfrigérateur	1	40,0	40,0
E.01.02	Toilette du personnel		2	2,5	5,0
E.01.03	Vestiaire du personnel	36 casiers	1	14,4	14,4
E.01.04	Salle de réunion - enseignement	8 personnes	1	16,0	16,0
		Sous-total superficie nette			**75,4**
		Superficie totale F1 secteur E.01	**1,45**		**109,3**
E.02.	**Bureaux clinico-administratifs**				
E.02.01	Bureau partagé	médecins oncologues (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.02	Bureau partagé	médecins radio-oncologues (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.03	Bureau partagé	technicien en informatique et autre (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.04	Bureau partagé	polyvalent (formateur, CUSM, fournisseur, résidents, stagiaires, etc.) (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.05	Bureau partagé	physiciens (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.06	Bureau partagé	physicien et radio-oncologue (2 postes)	1	11,0	11,0
E.02.07	Bureau	chef de service clinico-administratif	1	11,0	11,0
E.02.08	Aire de travail multidisciplinaire	5 postes, aire dédiée aux professionnels (médecins, professionnels)	1	20,0	20,0
		Sous-total superficie nette			**97,0**
		Superficie totale F1 secteur E.02	**1,45**		**140,7**
E.03.	**Physique**				
E.03.01	Bureau	coordonnateur technique	1	11,0	11,0
E.03.02	Salle de dosimétrie	7 postes de travail	7	7,5	52,5
E.03.03	Salle de caches	hotte chimique	1	15,0	15,0
E.03.04	Poste de travail	laboratoire physique et instrumentation pour traitement des images, visionnement et contours tumoraux	2	4,0	8,0
		Sous-total superficie nette			**86,5**
		Superficie totale F1 secteur E.03	**1,45**		**125,4**

Programme fonctionnel
Centre de cancérologie de l'Hôpital de Rouyn-Noranda
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Liste des locaux et superficies

Unité fonctionnelle						
Numéro local	**Nom du local**	**Description | fonction**	**Quantité**	**Sup. nette m^2**	**Sup. Totale m^2**
GROUPE F - LOCAUX DE SOUTIEN					
F.01.	**Locaux techniques**				
F.01.01	Salle électrique secondaire	transformateurs pour CT-Scan et LINAC	1	5,0	5,0
F.01.02	Salle mécanique	pompes, échangeurs de chaleur, système d'eau refroidie pour CT-Scan et LINAC	1	10,0	10,0
F.01.03	Salle mécanique	génératrices (2)	1	80,0	80,0
F.01.03	Salle télécommunications	serveur, téléphonie, informatique	1	5,0	5,0
		Sous-total superficie nette			**100,0**
		Superficie totale F1 secteur F.01	**1,25**		**125,0**
F.02	**Soutien général**				
F.02.01	Dépôt lingerie		1	8,0	8,0
F.02.02	Dépôt matériel/fournitures		1	12,0	12,0
F.02.03	Dépôt équipement		1	20,0	20,0
F.02.04	Déchets et recyclage		1	6,0	6,0
F.02.05	Dépôt hygiène et salubrité		1	8,0	8,0
F.02.06	Utilité propre		1	9,0	9,0
F.02.07	Utilité souillée		1	9,0	9,0
		Sous-total superficie nette			**72,0**
		Superficie totale F1 secteur F.02	**1,45**		**104,4**
		SUPERFICIE TOTALE (F1)	**variable**		**2 132,5**
		SUPERFICIE TOTALE (F2)	**1,22**		**2 601,6**
		SUPERFICIE TOTALE BRUTE (F3)	**1,15**		**2 991,9**

*** le physicien doit faire le calcul des épaisseurs de mur de béton et du blindage en fonction des facteurs de localisation des salles (en sous-sol, à l'étage, adjacent à un autre bunker, adjacent à un mur extérieur, etc.)**

ANNEXE 4

Tableau des particularités des locaux cliniques

POUR COMMENTAIRES

Service/unité fonctionnelle

01. CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE L'HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA - CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

No du local	Nom du local	Superficie nette (m^2)	Particularités | critères d'aménagement | conception et exigences particulières		Équipements médicaux fixes	Équipements médicaux spécialisés	Besoins en équipements non médicaux et en TIC	Remarques (ex.: référence à un croquis)
			Architecture	Ing. électrique/ mécanique (ex.: type de gaz médicaux souhaité)				
Groupe B.01 - Salles de consultation et examen								
B.01.01 B.01.02	Salles de consultation/entrevue	12,0	Aménagement de l'aire de consultation à double corridor (public et personnel) 2 accès distincts à la salle - Accès corridor public pour les patients - Accès corridor privé pour le personnel				Bureau de travail (1) Téléphone IP (1) Ordinateur tout-en-un (1) Chaise de bureau (1) Chaise d'invité (2)	
B.01.03 B.01.04	Salles d'examen	14,0	Aménagement de l'aire de consultation à double corridor (public et personnel) 2 accès distincts à la salle - Accès corridor public pour les patients - Accès corridor privé pour le personnel	PLM (1)	Lampe d'examen murale ou avec ancrage au plafond (1)	Table d'examen (1) Moniteur de signes vitaux (1) Thermomètre électronique (1) Oto-ophtalmoscope mural (1)	Support mural pour moniteur de signes vitaux (1) Pèse-personne (1) Téléphone IP (1) Ordinateur tout-en-un (1) Système de traitement des images pour visionnement et contours tumoraux (uniquement pour salles d'examen polyvalentes B.01.03) (1)	
B.01.05	Salle multifonctionnelle	14,0	Aménagement de l'aire de consultation à double corridor (public et personnel) 2 accès distincts à la salle - Accès corridor public pour les patients - Accès corridor privé pour le personnel Configuration flexible permettant la tenue de réunion clinico-administrative, de formation, d'activités de groupe avec patients et d'ateliers du programme Belle et bien dans sa peau				Tables modulables (5) Chaises (25) Téléphone IP (1) Ordinateur tout-en-un (1) Système de visioconférence (1) Système de projection (1) Crochets à vêtements (15)	
B.01.06	Salle de consultation en télémédecine	11,0	Prévoir un local fermé ou un système d'occultation étanche de la lumière Assurer la plus grande confidentialité des conversations dans ce local Couleur des cloisons et des murs : - recouvrir tous les murs et cloisons de la même couleur - privilégier le bleu médium (ex. couleur HC-152 Benjamin Moore ou équivalent) - éviter les couleurs qui pourraient fausser les diagnostics (ex. couleur jaune) - prévoir un fini mat ou coquille d'oeuf Éclairage : - installation afin d'éliminer les ombres - éviter l'éclairage éblouissant produisant des tons verdâtres - excellente vision du patient tout en réalisant un examen sur le site secondaire				Microphone : - installation loin des systèmes de ventilation, du téléphone et de toute autre source de bruit installation en face et le plus près possible des usagers, à une distance d'au moins 1200 mm de l'équipement de vidéoconférence	
Groupe C.01 - Aire de traitement Hémato-oncologie								
C.01.01	Salle d'évaluation	11,0		PLM (1)		Moniteur de signes vitaux (1) Thermomètre électronique (1) Oto-ophtalmoscope mural (1)	Bureau de travail (1) Téléphone IP (1) Ordinateur tout-en-un (1) Chaise de bureau (1) Chaise d'invité (2) Support mural pour moniteur de signes vitaux (1) Pèse-personne (1) Rangement pour matériel de prélèvements (1)	

01. CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE L'HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA - CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

No du local	Nom du local	Superficie nette (m^2)	Particularités | critères d'aménagement | conception et exigences particulières		Équipements médicaux fixes	Équipements médicaux spécialisés	Besoins en équipements non médicaux et en TIC	Remarques (ex.: référence à un croquis)
			Architecture	Ing. électrique/ mécanique (ex.: type de gaz médicaux souhaité)				
C.01.02	Poste de garde	15,0	Espace ouvert avec visibilité sur les aires et salles de traitement Favoriser un aménagement permettant le travail en position debout ou assise				Comptoir de travail (1) Téléphone IP (3) Ordinateur tout-en-un (3) Imprimante multifonctionnelle (1) Rangement pour formulaires (1) Rangement dossiers (1) Poubelle doc. confidentiels (1) Chaise de travail hauteur ajustable (3)	
C.01.04	Aire de traitement	7,5	Espace à aire ouverte avec rideau séparateur pour intimité	Gaz médicaux : - Oxygène (1)		Fauteuil de traitement inclinable (1) Moniteur de signes vitaux (1) Pompe à perfusion (1)	Débitmètre d'oxygène (1) Rail et rideau séparateur (1) Tige à soluté (mobile) (2)	
C.01.05	Aire de traitement adaptée	13,0	Espace à aire ouverte avec rideau séparateur pour intimité	Gaz médicaux : - Oxygène (1)	Lève-patient sur rail (1)	Fauteuil de traitement bariatrique inclinable ou lit de soins (1) Moniteur de signes vitaux (1) Pompe à perfusion (1)	Débitmètre d'oxygène (1) Rail et rideau séparateur (1) Tige à soluté (mobile) (1)	
C.01.06	Salle de traitement fermée Isolement respiratoire	12,0		Système de traitement d'air pour maintenir la pressurisation négative et la filtration Gaz médicaux à la tête du lit: - Oxygène (1)		Lit de soins (1) Moniteur de signes vitaux (1) Pompe à perfusion (1)	Débitmètre d'oxygène (1) Tige à soluté (mobile) (2) Appel de garde (1)	
C.01.07	Salle de traitement fermée Isolement infectieux	12,0		Système de traitement d'air pour maintenir la pressurisation négative et la filtration Gaz médicaux à la tête du lit: - Oxygène (1)		Lit de soins (1) Moniteur de signes vitaux (1) Pompe à perfusion (1)	Débitmètre d'oxygène (1) Tige à soluté (mobile) (2) Appel de garde (1)	
C.01.08	Sas pour salles de traitement fermées	4,0		PLM à pédales			Rangement pour EPI	
Groupe C.02 - Aire réservée aux préparations stériles - Pharmacie satellite en hémato-oncologie								
C.02.01	Zone de soutien	35,0	Comptoir de travail permettant la préparation de médicaments Prévoir le rangement du matériel et produits à même le local 2 passe-plats (1 vers le poste de garde et 1 vers le SCAS stérile)	Évier (1) PLM (1)	Réfrigérateur médical (1) avec 2 portes Congélateur médical (1)		Prévoir deux postes de travail avec ordinateur tout-en-un pour saisie de données (2) et 2 chaises de travail hauteur ajustable (1) Téléphone IP (2) Système de surveillance de la température pour réfrigérateur (1) et congélateur Système de surveillance relié à alarme centrale pour pression, température et humidité Armoires de rangement pour produits Armoire ventilée	
C.02.02	Salle blanche - SCAS oncologie	15,0				Enceinte de sécurité biologique classe II-B2 (2)	Chariot mobile (2) deux (2) comptoirs de travail et deux (2) chaises de travail hauteur ajustable	
C.02.03	SAS	5,5	Marquage clair de la limite des zones par ligne de démarcation au plancher ou par finis de couleurs contrastantes	Évier de brossage (1)			Rangement EPI (1) Strapontin (1) Crochet mural (4) Station de mise de gants Douche oculaire	

01. CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE L'HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA - CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

No du local	Nom du local	Superficie nette (m^2)	Particularités | critères d'aménagement | conception et exigences particulières		Équipements médicaux fixes	Équipements médicaux spécialisés	Besoins en équipements non médicaux et en TIC	Remarques (ex.: référence à un croquis)
			Architecture	Ing. électrique/ mécanique (ex.: type de gaz médicaux souhaité)				
C.02.04	Aire de préparation BCG	5,0		PLM (1) et système d'extraction d'air (norme OPQ)			Rangement EPI (1) Comptoir de travail en position debout (1)	
C.02.05	Aire de déballage	6,0	Prévoir une zone souillée vers une zone propre (zone de soutien). Prévoir une porte d'entrée des marchandises et porte de sortie des marchandises déballées vers la zone propre (zone de soutien)	Évier (1) et grille murale d'extraction d'air			Rangement EPI (1) Chariot mobile Comptoir de travail en position debout (1)	
Groupe D.01 - Planification, simulation et simulation de contrôle								
D.01.09	Salle de CT-Simulateur	60,0	2 zones: 1_Zone de simulation 2_Zone de moulage * Beaucoup de rangement pour matériel de moulage, coussins et autres accessoires	PLM (1) Gaz médicaux : - Oxygène (1) - Succion (1) - Air comprimé (1)	1_Zone de simulation - Lève-patient sur rail plafonnier (1)	1_Zone de simulation - Caméra respiratoire (RPM) (1) - Échographe 3D (1) - Injecteur d'agent de contraste CT (plafonnier ou mobile) (1) - Lasers de positionnement 3 axes (3) - Moniteur de signes vitaux (1) - Tomographie axiale - CT-Scan (1) 2_Zone de moulage - Bain-marie pour masque (1)	1_Zone de simulation - Intercom (avec salle de contrôle) (1) - Ordinateur tout-en-un (1) - Téléphone IP (1) - Débitmètre d'air (1) - Débimètre d'oxygène (1) - Planche de transfert (1) - Pompe Vak-Lok pour matelas d'immobilisation (1) - Régulateur de succion polyvalente (1) - Réchauffe substance de contraste (1) 2_Zone de moulage - Imprimante 3D (1) - Armoires de rangement pour matériel de moulage	
D.01.10	Salle de contrôle du CT-Simulateur	20,0				Console caméra respiratoire (1) Console d'acquisition tomographie axiale (1) Console échographe 3D (1) Console injecteur d'agent de contraste CT (1) Console lasers de positionnement (1) Écran répétiteur moniteur de signes vitaux (1)	Intercom (avec salle de CT-Simulateur) Ordinateurs tout-en-un Téléphone IP	
Groupe D.02 - Traitements en radio-oncologie								
D.02.07	Salle des accélérateurs linéaires LINAC	100,0	Miroir et PLM pouvant être utilisé par le patient à la sortie de la salle Beaucoup de rangement pour moules, coussins et autres accessoires des patients (inclure dans le labyrinthe et dans la salle)	PLM (1)		Accélérateur linéaire (1) Caméra de positionnement de l'accélérateur linéaire (1) Caméras respiratoires (RPM) plafonnières (3) Laser de positionnement 3 axes (3) Moniteurs de l'accélérateur linéaire sur bras articulé (1) Moniteur physiologique (1)	Intercom (avec salle de contrôle) (1) Système d'information clinique (1) Téléphone IP (1) Débitmètre d'air (1) Débitmètre d'oxygène (1) Planche de transfert (1) Pompe Vak-Lok pour matelas d'immobilisation (1) Régulateur de succion polyvalente (1) Système de dosimétrie in vivo (1)	
D.02.08	Salle de contrôle des LINAC	20,0				Console caméra respiratoire (1) Console d'accélérateur linéaire (1) Écran répétiteur moniteur physiologique (1)	Intercom (avec salle d'accélérateur linéaire) (1) Ordinateurs tout-en-un (1) Téléphone IP (1)	
Groupe E.03 - Physique								
E.03.03	Salle de caches	15,0		PLM (1)	Hotte chimique/Bras de captation (1)	Découpeur de blocs de cache (1)	Ordinateur tout-en-un (1) Téléphone IP (1)	

POUR COMMENTAIRES

Bureau de Montréal
2001, avenue McGill College, bureau 2100
Montréal (Québec) H3A 1G1
Téléphone : 514 393-4563

Bureau de Québec
1175, avenue Lavigerie, bureau 440
Québec (Québec) G1V 4P1
Téléphone : 418 657-4547

CIM
CONSEIL