



OPTIMISATION DES MODÈLES DE SOINS POUR LE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE EN MILIEU AMBULATOIRE

Rapport de recommandation

Programmes de modèles de soins, de soins axés sur la personne et de traitements systémiques, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

25 juillet 2023

Remerciements

Groupe de travail sur les modèles de soins pour le traitement systémique en milieu ambulatoire

D^{re} Leta Forbes (coprésidente), responsable provinciale, Traitements systémiques, Santé Ontario (Action Cancer Ontario), oncologue médicale, Lakeridge Health

D^r Simron Singh (coprésident), responsable provincial, Traitements systémiques, Santé Ontario (Action Cancer Ontario), oncologue médical, Sunnybrook Health Sciences Centre

Pam G., représentante des patients et des familles

Richard W., représentant des patients et des familles

Ana Bravo, chef d'équipe administrative, Princess Margaret-University Health Network

Bridget Copeland, commise, Lakeridge Health

Caitlin Carreau, infirmière praticienne, clinique de gestion des symptômes, London Health Sciences Centre

Casey Kouvelas, gestionnaire de la pratique clinique, clinique d'oncologie et salle de traitement systémique, Windsor Regional Hospital

Renee Hartzell, gestionnaire, salle de traitement systémique, Kingston Health Sciences Centre

Sheanee Lesley-Spence, infirmière praticienne, William Osler Health System

D^{re} Silvana Spadafora, oncologue médicale, Hôpital de Sault-Sainte-Marie

Susan Pienig, diététiste, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Dana Root, responsable, pharmacienne en oncologie, Windsor Regional Hospital

Jennifer Daley-Morris, gestionnaire, pharmacie en oncologie et salle de traitement systémique, Centre régional de santé Southlake

Jennifer Morgan, travailleuse sociale, Lakeridge Health

Jessica Robinson, gestionnaire, pharmacie en oncologie, L'Hôpital d'Ottawa

Kathryn McKay, infirmière de soins intégraux, Trillium Health Partners

Kim Nguyen, adjointe au médecin, Centre Sunnybrook des sciences de la santé

Lesley Moody, directrice clinique, Princess Margaret – University Health Network

Lori Hygard, infirmière autorisée en chimiothérapie, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

D^r Matt Cheung, hématologue, Centre des sciences de la santé de Sunnybrook

D^{re} Tara Baetz, oncologue médicale, Centre des sciences de la santé de Kingston

Groupes et organismes

Toronto South Local Immigration Partnership

WellSpring Cancer Support

Programmes Santé Ontario

Réseau provincial des responsables des services en français

Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Principaux membres de l'équipe de projet

Aliya Pardhan, gestionnaire, Conception et mise en œuvre des programmes

Apurva Shirodkar, gestionnaire de projet, Mise en œuvre

Daniela Gallo-Hershberg, gestionnaire, Programme de traitement systémique

Lauren Della Mora, gestionnaire, Gestion des symptômes, Soins infirmiers en oncologie, Expérience et mobilisation

Lindsey Thompson, ancienne responsable, Conception et mise en œuvre des programmes

Nicole Fedorowicz, conseillère, Soins infirmiers en oncologie

Nicole Montgomery, responsable, Soins infirmiers en oncologie

Paul Lokko, ancien gestionnaire de projet, Mise en œuvre

Priyanka Jain, ancienne gestionnaire (intérimaire), Gestion des symptômes, Soins infirmiers en oncologie, Expérience et mobilisation

Sharmilaa Kandasamy, ancienne gestionnaire, Conception et mise en œuvre des programmes

Consultants

Andrea Crespo, pharmacienne principale, Programme de traitement systémique

Katherine Enright, responsable clinique, Programme de soins de qualité et d'accès aux soins et de traitements systémiques

Mentions spéciales

Ayisha Fuard, coordinatrice, Programme de traitements systémiques

Colleen Fox, directrice, Soins cliniques, Programmes de cancérologie cliniques

Sandy Salama, spécialiste, Conception et mise en œuvre des programmes

Tiffany Kim, spécialiste, Programme de traitements systémiques

Comité directeur

Jan Stewart, directrice régionale, Programme régional de cancérologie du Centre-Nord de Toronto

Joanne M., représentante des patients et des familles

Kardi Kennedy, directrice régionale, Programme régional de cancérologie du Sud-Est

Kathy Vu, responsable clinique, Initiatives en matière de sécurité, Programme de traitement systémique

Lorraine Martelli, responsable provinciale, soins infirmiers en oncologie

Approuvé par

Elaine Meertens, vice-présidente, Programmes de cancérologie

Jonathan Irish, vice-président, Soins cliniques, Programmes de cancérologie

Lisa Milgram, directrice intérimaire, Soins cliniques, Programmes de cancérologie

Marta Yurcan, directrice, Amélioration du système et mise en œuvre

Table des matières

Sigles et abréviations	6
Définitions	8
Résumé.....	12
Introduction	26
Recommandations	31
Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer	31
Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique	34
Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique	38
Prestation de services en service d'oncologie	44
Information des patients.....	55
Vérification des prescriptions et préparation des médicaments.....	60
Distribution et administration des traitements en milieu communautaires	64
Prestation de services en salle de traitement systémique	68
Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés ..	75
Prestation de services virtuels	80
Transitions entre les différents niveaux de soins : survie et fin de vie	89
Santé et bien-être des fournisseurs.....	94
Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain	98
Populations francophones et groupes en quête d'équité	108
Prochaines étapes	120
Conclusion	125
Annexes.....	126
Annexe A : Exigences en matière de formation et statut réglementaire pour les fournisseurs de traitement systémique	126
Annexe B : Matrice du champ d'activité pour les fournisseurs de traitement systémique	139
Références	158

Sigles et abréviations

2ELGBTQI+	Personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, intersexuées et diverses orientations sexuelles et identités de genre
AERG	Assistant en ergothérapie
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIIO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
AM	Adjoint au médecin
AMA	American Medical Association
AMFQ-TS	Actes médicaux fondés sur la qualité pour les traitements systémiques
APT	Assistant en physiothérapie
AS	Aide-soignant
ASSIST PH	Assistant en pharmacie
C	Commis
COSTARS	Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (équipe pancanadienne de triage des symptômes et aide à distance en oncologie)
CPOE	Système informatique de saisie de commande du médecin pour le traitement systémique
CSV	Coordonnateur des soins virtuels
DMÉ	Dossier médical électronique
DP	Diététiste professionnel
DSÉ	Dossier de santé électronique
ERG	Ergothérapeute
ÉRS	Échange de renseignements de santé
ESAS	Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton
OPO	Omnipraticien en oncologie
ESB	Enceinte de sécurité biologique
ÉSO	Équipe Santé Ontario
EXT INF	Externe en soins infirmiers
FSS	Fournisseurs de soins de santé
IA	Infirmier autorisé
IAA	Infirmier auxiliaire autorisé
ICS	Infirmier clinicien spécialisé
IM	Interprète médical
IP	Infirmier praticien
IP	Intervenant pivot
IPAM	Intervenant pivot spécialisé dans l'accès aux médicaments
IV	Intraveineuse
MRCP	Mesures des résultats communiqués par le patient

OM/H/OG	Oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique
OMA	Ontario Medical Association
OPSY	Oncologie psychosociale
ORTHO	Orthophoniste
P	Porteur
PDSA	Planifier-Faire-Étudier-Agir
PÉD	Parcours d'évaluation diagnostique
PHI	Pharmacien inscrit
PLCO	Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario
PRC	Programme régional de cancérologie
PSPR	Professionnel de la santé le plus responsable
PSS	Praticien en soins spirituels
PSSP	Préposé aux services de soutien à la personne
PSY	Psychiatre
PSYCH	Psychologue
PT	Physiothérapeute
RCP	Résultats communiqués par le patient
SLD	Soins longue durée
SM	Scribe médical
SS	Soins de soutien
SSDMC	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire
TPHA	Technicien en pharmacie autorisé
T.S.	Travailleur social
TS	Traitement systémique
TTS	Technicien en travail social
YSM	Sondage Vos symptômes sont importants

Définitions

Site d'administration communautaire : Ce terme désigne une variété d'établissements de santé, notamment les centres d'injection supervisée, les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, les établissements de soins de longue durée et les cliniques de perfusion privées, qui administrent différents traitements au-delà des traitements systémiques.

Site de distribution communautaire : Ce terme désigne une variété d'établissements de santé, notamment les pharmacies communautaires, les Services de soutien de soins à domicile et en milieu communautaire et les établissements de soins de longue durée qui distribuent différents médicaments au-delà des traitements systémiques.

Partenaire communautaire : Ce terme désigne les entités de soins de santé, comme les sites d'administration et de distribution communautaires, les laboratoires communautaires et les cliniques d'imagerie diagnostique communautaires qui collaborent et participent à la vie de leur communauté pour offrir des services de santé.

Dossier de santé électronique (DSÉ) : Un DSÉ est un dossier numérique complet comportant les renseignements personnels sur la santé d'un patient. Il est conçu pour être partagé de façon sécurisée par les différents organismes et établissements de soins de santé. Il comprend le même type de renseignements qu'un DMÉ, mais il vise à offrir un aperçu plus général des antécédents médicaux d'un patient. Les DSÉ permettent aux fournisseurs de soins de santé autorisés d'accéder aux données de leurs patients et de se les transmettre pour permettre une offre de soins coordonnée et continue. Ils comprennent des renseignements tirés de diverses sources, comme les hôpitaux, les cliniques, les laboratoires, les pharmacies et les centres d'imagerie.

Dossier médical électronique (DMÉ) : Un DMÉ est une version numérique des renseignements médicaux d'un patient, il est entreposé et maintenu dans le système ou le cabinet d'un fournisseur de soins de santé. Il contient les antécédents médicaux du patient, ses diagnostics, la liste des médicaments qu'il prend ou a pris, les plans de traitement, les résultats d'analyses de laboratoire et les renseignements cliniques pertinents. Les DMÉ sont généralement utilisés par les professionnels de la santé dans un seul et même organisme ou cabinet pour documenter et gérer les soins offerts au patient.

Services de soutien de soins à domicile et en milieu communautaire : Les autorités de santé régionales ont la responsabilité de coordonner les soins à domicile et en milieu communautaire pour les résidents de l'Ontario.

Programme local de cancérologie : Tout hôpital qui participe activement à la prestation des services de soins de cancérologie et à leur soutien. La structure précise et l'organisation des programmes locaux de cancérologie peuvent varier d'une région à l'autre. Chaque programme local de cancérologie est adapté aux besoins et aux ressources de sa circonscription, dans le respect des

priorités et lignes directrices provinciales en matière de soins de cancérologie.

Organismes locaux : Les hôpitaux dans lesquels des programmes de cancérologie font partie des services de santé offerts.

Établissement de soins de longue durée : Ces établissements offrent des services d'hébergement et de soins complets aux personnes à partir de 18 ans qui ont besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne ou de soins infirmiers en permanence.

Externe en soins infirmiers : Les externes sont employés par le programme clinique pour lequel ils travaillent et reçoivent une formation sur leur champ d'activité en tant que fournisseurs de soins de santé non réglementés. Ils participent au plan de soins des patients, mettent en pratique des compétences cliniques dans leur champ d'activité, renforcent leurs connaissances et leur expertise pour se préparer à devenir des infirmiers autorisés.

Équipe de soins oncologiques : Un groupe de professionnels de la santé, spécialisés dans le diagnostic, le traitement et la prise en charge du cancer. L'équipe est généralement dirigée par un oncologue, un hématologue ou un hématologue gynécologique et peut comprendre des omnipraticiens en oncologie, des adjoints au médecin, des infirmiers praticiens, du personnel infirmier, des pharmaciens et d'autres membres du personnel de soutien qui collaborent pour offrir des soins coordonnés et complets aux patients atteints d'un cancer.

Équipes Santé Ontario : Un nouveau modèle de prestation des soins qui vise à intégrer et coordonner les services de soins de santé entre les différents fournisseurs et organismes dans une région géographique, notamment les soins en milieu hospitalier, les soins primaires, les soins à domicile et en milieu communautaire et les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Soins palliatifs : Les soins palliatifs sont une philosophie de soins visant à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie et l'expérience de la mort. Ils visent à aider les personnes et les familles à répondre aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques et à leurs attentes, leurs besoins, leurs espoirs et leurs craintes; à les préparer à prendre des décisions relatives à la fin de vie et au processus de la mort; à surmonter la perte et le deuil; à traiter tous les problèmes actifs; à éviter la survenue de nouveaux problèmes; à promouvoir les possibilités d'expériences significatives et précieuses ainsi que l'épanouissement personnel et spirituel.

Fournisseurs de soins palliatifs : Des professionnels de la santé, y compris des médecins, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et d'autres spécialistes, qui possèdent des compétences de niveau avancé en soins palliatifs, comme précisé dans le Cadre de compétences en soins palliatifs de l'Ontario du Réseau ontarien des soins palliatifs.

Adjoint au médecin : Un fournisseur de soins de santé qui n'est jamais le professionnel de la santé le plus responsable offrant les soins aux patients. Les adjoints au médecin doivent toujours exercer sous la supervision d'un médecin habilité dans le cadre d'un programme approuvé de formation des

adjoints au médecin.

Soins primaires : Le fournisseur de soins primaires est le premier interlocuteur entre un patient et le système de santé; son travail comprend la prévention des maladies, la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le counseling.

Fournisseur de soins primaires : Un professionnel de la santé ou une équipe qui est responsable de la gestion continue des problèmes de santé existants d'un patient et qui sert généralement de premier interlocuteur pour les personnes qui souhaitent accéder à des services de santé.

Oncologie psychosociale : Tient compte des répercussions sociales, pratiques, psychologiques, émotionnelles, spirituelles, fonctionnelles et sur la qualité de vie du cancer sur les patients et leur famille.

Fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale : Un groupe de professionnels de la santé qui comprend des travailleurs sociaux, des techniciens en travail social, des psychiatres, des psychologues, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététistes professionnels, des orthophonistes et des fournisseurs de soins spirituels.

Programmes régionaux de cancérologie : Un réseau de professionnels de la santé, d'hôpitaux et d'autres organismes qui offrent des soins de cancérologie aux personnes dans une zone géographique précise de l'Ontario. Ces réseaux assurent le leadership de la prestation et du rendement de services de cancérologie accessibles, de haute qualité et offerts en temps opportun dans leurs régions.

Traitement systémique : Tout traitement contre le cancer, administré par voie orale ou parentérale, notamment les agents hormonaux, biologiques, immunothérapeutiques ou chimiothérapeutiques. Ces agents anticancéreux peuvent être dangereux, présenter un risque de cytotoxicité ou un risque pour la santé reproductive.

Établissement de traitement systémique : Un hôpital qui fournit des services de traitement systémique aux personnes ayant besoin d'une intervention médicale pour le traitement de leur cancer.

Survivants : Les patients qui ont terminé leur traitement primaire contre le cancer et qui ne présentent pas d'indications de maladie évolutive. De plus, les personnes qui peuvent recevoir une hormonothérapie adjuvante en continu sont également considérées comme des personnes survivantes.

Soins tenant compte des traumatismes : Les soins tenant compte des traumatismes constituent un cadre qui comprend la compréhension, la reconnaissance et la prise en compte des effets de tous les types de traumatismes. Le principe derrière les soins tenant compte des traumatismes est fondé sur la compréhension des nombreuses personnes qui ont souffert d'un traumatisme au cours de leur vie, et des effets à long terme que peuvent avoir ces expériences sur la santé physique et mentale.

Soins virtuels : Toute interaction à distance entre les patients et les fournisseurs de soins de santé permise par l'utilisation de technologies de communication et d'information comme les ordinateurs, les téléphones (filaire et cellulaires) ou d'autres outils d'accès à distance. Il peut s'agir d'une approche thérapeutique ou d'une interaction unique entre un fournisseur et un patient. Parmi les différentes modalités, on compte les soins téléphoniques (également appelés la télémédecine), les soins par vidéo en temps réel (vidéoconférence), les messages-textes sécurisés et les programmes de surveillance des soins et des patients à distance.

Soins de suivi appropriés : Également appelés soins de suivi après traitement, ces soins consistent en des activités et processus liés à la prévention de la récurrence et de l'apparition de nouveaux cancers, la surveillance de la propagation d'un cancer, de sa récurrence ou de cancers secondaires, la gestion des conséquences du traitement contre le cancer (p. ex., toxicité et effets tardifs) et la coordination des soins.

Résumé

Objet du document

La demande de modèles de traitement systémique à jour pour les patients atteints de cancer va en augmentant en Ontario. Celle-ci est attribuable au vieillissement de la population et aux progrès réalisés dans le domaine du traitement du cancer, donnant ainsi lieu à des soins plus complexes. La pénurie de ressources humaines en santé a eu une incidence considérable sur la prestation du traitement systémique en milieu ambulatoire, touchant à la fois les fournisseurs et les patients. L'épuisement des fournisseurs, les temps d'attente prolongés, les retards et l'accès limité aux services ont eu des répercussions importantes sur les patients, en particulier ceux appartenant à des groupes en quête d'équité. Étant donné la prévalence de l'épuisement des fournisseurs, il est devenu nécessaire de réévaluer les modèles de soins suivis au sein du système ontarien de lutte contre le cancer. Bien que leur adoption se soit amplifiée, les soins virtuels peuvent ne pas convenir à certaines populations de patients ou à certains rendez-vous et avoir une incidence sur la prestation des soins en équipe. Face à ces constatations, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a formulé des recommandations visant à optimiser les modèles de prestation de services pour les fournisseurs de soins et les patients en oncologie à l'aide d'un éventail de méthodologies, par lesquelles des enquêtes sur la situation actuelle, des entrevues, un groupe de travail pluridisciplinaire et des groupes de discussion avec des cliniciens, des patients, des familles et des partenaires de soins. Ces recommandations visent à optimiser les ressources, les contextes et les processus de soins de santé en service d'oncologie, en pharmacie d'oncologie et en salle de traitement systémique, améliorant ainsi le bien-être des fournisseurs, la viabilité du système de lutte contre le cancer, l'expérience des patients et les résultats du traitement du cancer.

Un système de santé de premier plan est déterminé à intégrer les principes d'équité, d'inclusion et de diversité à sa culture organisationnelle. Cet engagement constitue le fondement de toutes nos recommandations, qui adoptent une optique d'équité dans le but de produire de meilleures perspectives pour les patients, les familles, les partenaires de soins et les fournisseurs de soins dans le cadre des soins contre le cancer.

Nous reconnaissons que les communautés autochtones, francophones et en quête d'équité sont victimes de disparités dans l'accès aux soins de santé et les résultats des traitements. Pour remédier à ces disparités, nous avons formulé des recommandations qui traitent précisément des obstacles et des problèmes associés au traitement systémique en milieu ambulatoire.

Nos recommandations portent directement sur les circonstances et les besoins particuliers des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain (PNIMAU), ainsi que ceux des francophones et d'autres groupes désavantagés en Ontario. Nous sommes

conscients des obstacles sociopolitiques, historiques et géographiques distincts auxquels ces groupes sont confrontés, lesquels influent sur les disparités dont ils sont victimes et leurs résultats en matière de santé. Conformément à notre engagement de partenariat avec les communautés des PNIMAU, nos efforts appuient la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain 2019–2023, qui vise à promouvoir un accès équitable des Autochtones au système de soins contre le cancer et à faciliter les transitions au sein de ce système.

En Ontario, la *Loi sur les services en français* (LSF) garantit aux francophones l'accès à des services dans leur langue dans 27 régions désignées de la province. La LSF oblige les fournisseurs de services de santé à offrir activement des services en français, veillant ainsi à ce que les besoins des communautés francophones soient pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes, des politiques et des procédures de santé.

Bien que nos recommandations mettent l'accent sur certains groupes, l'objectif global est d'améliorer l'accès aux soins de santé, les expériences, et les résultats de toutes les communautés en quête d'équité. Cet engagement s'inscrit dans le [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) de Santé Ontario, nous aidant ainsi à mettre en place un environnement de soins de santé plus inclusif.

La responsabilité de mise en œuvre de ces recommandations ne se limite pas aux établissements offrant des traitements systémiques. Santé Ontario et les programmes régionaux de lutte contre le cancer s'engagent à travailler ensemble à la définition et la mise en œuvre des prochaines étapes à suivre dans le cadre de ces recommandations. Cette approche collective garantit une responsabilité partagée et permet d'améliorer de manière plus complète, durable et équitable la prestation des traitements systémiques.

Organisation du document

Les recommandations sont regroupées dans les sections suivantes :

- [Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer](#)
- [Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique](#)
- [Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique](#)
- [Prestation de services en service d'oncologie](#)
- [Information des patients](#)
- [Vérification des prescriptions et préparation des médicaments](#)
- [Distribution et administration des traitements en milieu communautaire](#)
- [Prestation de services en salle de traitement systémique](#)
- [Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés](#)

- [Prestation de services virtuels](#)
- [Transitions entre les différents niveaux de soins : Survie et fin de vie](#)
- [Santé et bien-être des fournisseurs](#)
- [Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain](#)
- [Populations francophones et groupes en quête d'équité](#)

Chaque section présente un ensemble de recommandations, une analyse des problèmes existants, les raisons pour lesquelles il est important d'y remédier, les principaux facteurs de réussite, ainsi que les considérations et options de mise en œuvre. L'[annexe A](#) fournit de plus amples renseignements sur les rôles des fournisseurs, dont il est question plus en détail dans le présent document.

Le document intitulé [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment \(RSTP Standards\)](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique) et le présent document se distinguent par leurs objectifs et leurs fonctions. Les normes des modèles régionaux de soins constituent des normes établies en matière d'organisation de soins sécuritaires et efficaces et servent de points de référence pour évaluer l'uniformité et la qualité de la prestation des traitements systémiques.

D'autre part, ce document adopte une approche ambitieuse en décrivant l'avenir du traitement systémique. Il reconnaît la nécessité de mettre à jour les modèles de soins et propose des recommandations visant à optimiser la prestation des services. Il a pour objectif de susciter des changements positifs et d'éclairer la transformation des pratiques en matière de traitement systémique, améliorant ainsi l'expérience des patients, le bien-être des fournisseurs et les résultats des soins de santé.

RECOMMANDATIONS

[Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer](#)

1. Des processus d'orientation et de diagnostic rapides et normalisés devraient être établis pour simplifier l'accès au système de lutte contre le cancer.
 - 1.1. Un service de diagnostic des cas soupçonnés de cancer devrait être mis en place pour permettre aux patients de recevoir des examens coordonnés et en temps opportun (p. ex., analyses sanguines, imagerie diagnostique et biopsie).
 - 1.2. Les critères d'orientation devraient être normalisés pour aider les médecins traitants à déterminer les cas devant faire l'objet d'une orientation et ainsi réduire le nombre de tests inutiles ou en double.

- 1.3. Des protocoles normalisés de laboratoire et d'imagerie diagnostique conformes aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires devraient être élaborés pour appuyer la prise de décisions cliniques de grande qualité et l'orientation rapide vers les services appropriés.

Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique

2. Un système centralisé d'orientation devrait être mis en place pour s'assurer que les patients ayant besoin d'être pris en charge par des services d'oncologie médicale, d'hématologie ou d'oncologie gynécologique soient vus par le premier spécialiste disponible dans l'hôpital ou la région.
 - 2.1. Un flux normalisé des tâches de triage et de hiérarchisation des nouveaux patients devrait être élaboré pour déterminer la personne responsable de l'examen de l'orientation préconisée et le délai de programmation d'une consultation en fonction des renseignements cliniques à disposition, et ainsi améliorer l'efficacité des tâches et la répartition de la charge de travail entre les membres de l'équipe.
 - 2.2. Le spécialiste devrait faire part du diagnostic au patient, tout en informant le médecin responsable de l'orientation initiale du patient vers le service de diagnostic.

Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique

3. Les rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique devraient être fixés par des personnes possédant les connaissances et l'expertise nécessaires pour veiller à la prise en compte de multiples facteurs de planification interdépendants et à leur ajustement en fonction de l'évolution de la disponibilité des ressources.
4. Des outils et des technologies fondés sur des données probantes devraient être utilisés pour optimiser les ressources et les processus de planification de rendez-vous en service de consultation oncologique externe et en salle de traitement systémique.

Prestation de services en service d'oncologie

5. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étoffer le type de fournisseurs intégrés aux équipes de soins en oncologie pour permettre une meilleure gestion du volume croissant de patients et de la complexité accrue des soins en service d'oncologie.
 - 5.1. L'équipe de soins devrait être formée en fonction du patient et dans le souci d'établir des relations durables entre le patient et les fournisseurs de soins pour garantir une coordination et une continuité des soins sécuritaires et efficaces.
 - 5.2. Les fournisseurs de soins devraient se voir aider à parfaire leurs capacités de prestation de soins centrés sur la personne, de prise en compte des concepts d'oncologie palliative et psychosociale, ainsi que de satisfaction des besoins et préférences uniques de diverses personnes.

5.3. D'autres rôles devraient être intégrés au service d'oncologie :

- Oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique
- Prescripteurs suppléants (omnipraticien en oncologie, personnel infirmier praticien)
- Adjointes au médecin
- Pharmaciens
- Personnel infirmier clinicien spécialisé/personnel infirmier autorisé.

5.4. Il devrait y avoir des processus d'identification et d'orientation des patients nécessitant des services d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs, ainsi que d'autres rôles de soutien aux patients (p. ex., intervenants pivots spécialisés dans l'accès aux médicaments, intervenants pivots).

5.5 Les directives médicales devraient être utilisées de manière judicieuse, permettant ainsi aux membres de l'équipe de travailler de façon autonome, de promouvoir le partage des soins ou de la supervision des patients recevant un traitement systémique et d'améliorer la gestion de la charge de travail.

5.6. Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe devraient être clairement définis et les attentes clarifiées quant à la façon dont les disciplines communiqueront entre elles et travailleront de concert à la prestation des soins aux patients.

5.7. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient envisager d'étudier les possibilités de collaborer avec les hôpitaux de leur région pour les aider à gérer les visites en service d'oncologie et à offrir des soins à proximité du domicile des patients, le cas échéant (p. ex., nouvelle consultation dans les hôpitaux de niveau 1 ou 2 avec suivi et soins urgents dans les hôpitaux de niveau 3 ou 4).

6. Un modèle de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même devrait être mis en œuvre, le cas échéant, pour réduire les temps d'attente des patients, accroître la sécurité des fournisseurs et des patients et améliorer les flux et l'efficacité du service d'oncologie.
 - 6.1. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient établir des partenariats avec des laboratoires communautaires pour permettre aux patients de réaliser leurs analyses sanguines plus près de chez eux et avoir recours à des plateformes de soins virtuels pour effectuer les évaluations préalables au traitement, lorsque cela est approprié sur le plan clinique.
 - 6.2 Un modèle exceptionnel de traitement le jour même devrait être envisagé pour les patients qui pourraient rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins.
7. Un processus uniformisé, s'appuyant sur les directives médicales au besoin, devrait être élaboré et mis en œuvre dans le but de définir des délais de décision de traitement opportuns pour les anomalies couramment observées ou les résultats anormaux obtenus dans le cadre des analyses sanguines et/ou de l'évaluation préalable au traitement.

Information des patients

8. Les patients, les familles et les partenaires de soins devraient avoir accès à des documents d'information médicale inclusifs dans la langue qu'ils maîtrisent, qui les aideraient à gérer leurs soins, à prendre des décisions éclairées et à s'impliquer activement dans leurs soins.
 - 8.1 Les ressources devraient être fondées sur des données probantes et être conformes aux pratiques exemplaires d'information en santé, notamment celles ayant trait à :
 - la rédaction en langage clair (c.-à-d., un document pouvant être lu par des personnes ayant un niveau de lecture inférieur à la 6^e année, affichant un niveau d'intelligibilité et d'utilité approprié, créé avec l'aide de patients et de représentants des familles);
 - la représentation plus diversifiée de la population (p. ex., mention d'effets indésirables pouvant varier selon la couleur de peau, emploi de termes inclusifs et prise en compte des différentes considérations culturelles)
 - 8.2 Les ressources devraient être accessibles à tous, à savoir :
 - être conformes aux exigences de la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (p. ex., images accompagnées de légendes).
 - être traduites en plusieurs langues;
 - offertes sous différents formats (p. ex., Web, papier, vidéo, audio)
 - 8.3 Une bibliothèque de ressources d'information multilingues et inclusives, rédigées en termes simples, devrait être créée à l'échelle provinciale.

Vérification des prescriptions et préparation des médicaments

9. Un modèle de vérification mutuelle par les techniciens devrait être adopté pour la préparation des traitements systémiques afin de garantir le suivi de pratiques sécuritaires et efficaces, renforçant ainsi la satisfaction des techniciens en pharmacie, tout en permettant aux pharmaciens de se concentrer sur des activités propres à leur champ d'exercice.
10. Les établissements ayant du mal à assurer une préparation efficace des médicaments, disposant d'un espace physique limité ou rencontrant des problèmes de dotation et de gaspillage de médicaments devraient envisager de se tourner vers un processus de vérification à distance des prescriptions ou à un processus régional de préparation et de prestation de traitements systémiques.

Distribution et administration des traitements en milieu communautaire

11. Un processus de vérification clinique en deux étapes devrait être mis en place pour les traitements distribués (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et administrés (p. ex., perfusions, injections) en milieu communautaire afin de prévenir tout préjudice grave ou effet indésirable pouvant résulter d'erreurs de médication.
 - 11.1. Les établissements communautaires qui distribuent (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) ou administrent (p. ex., injections, perfusions) un traitement systémique devraient avoir accès à des ordonnances s'accompagnant des renseignements complémentaires (p. ex., résultats des analyses en laboratoire, paramètres cliniques, plan de soins) nécessaires à l'exécution du processus de vérification clinique.
12. La distribution (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et/ou l'administration (p. ex., injections, perfusions) des traitements systémiques devraient être assurées par des établissements communautaires désignés ayant reçu une formation complémentaire pour veiller à ce que les soins et médicaments soient gérés de manière uniforme tout au long du traitement des patients.

Prestation de services en salle de traitement systémique

13. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étudier les possibilités d'optimisation des flux de travail, veiller à une répartition efficace des ressources, et assurer le suivi des affectations de personnel infirmier aux patients et du nombre quotidien de préparations de traitement systémique de sorte à gérer efficacement les volumes croissants de patients et de traitements en salle de traitement systémique.
 - 13.1. Les affectations de personnel infirmier aux patients doivent être réparties équitablement tout au long de la journée.
 - 13.2. Le volume de préparations pharmaceutiques pouvant être effectuées quotidiennement par le personnel de pharmacie devrait tenir compte du nombre de techniciens en pharmacie en poste, du nombre et de la capacité des postes de sécurité

- microbiologique (PSM) ainsi que toute technologie servant à la préparation (p. ex., solutions de gestion des flux de production des médicaments intraveineux ou robots).
- 13.3.** Il est recommandé d'effectuer les évaluations de traitement à mi-parcours (p. ex., les jours 8 et 15) à distance ou en personne, avant que l'infirmier ou l'infirmière responsable de l'administration du traitement ne se présente auprès du patient pour la mise en place de la perfusion.
- 13.4.** Il est recommandé de créer des ordonnances préapprouvées comportant des paramètres cliniques pour éviter les retards ou les interruptions inutiles le jour du traitement (p. ex., au moyen de directives médicales intégrées aux protocoles de traitement du système de saisie électronique des ordonnances par les médecins).
- 13.5.** Le comité pharmacothérapeutique de l'hôpital devrait passer en revue et approuver le temps de consultation des patients participant à des essais cliniques pour veiller à son utilisation judicieuse
- 13.6.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient s'associer à d'autres services de l'hôpital (p. ex., l'unité de médecine de jour) pour offrir des soins d'intervention de soutien (p. ex., hydratation, perfusion de produits sanguins).
- 13.7.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient envisager d'identifier les moyens par lesquels ils peuvent aider les hôpitaux de leur région à améliorer l'accès des patients au traitement, le cas échéant (p. ex., administration du traitement initial dans les hôpitaux de niveau 1 ou 2, avec administration du traitement subséquent dans les hôpitaux de niveau 3 ou 4).
- 13.8.** Il est recommandé d'orienter les patients devant faire l'objet de soins d'intervention de soutien ou d'injections (p. ex., d'hydratation ou d'hormones) vers les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC), les pharmacies communautaires participantes, ainsi que les services d'injection communautaires. Par ailleurs, les patients répondant aux critères établis peuvent apprendre à réaliser eux-mêmes leurs injections grâce à une formation appropriée ou disposer d'un partenaire de soins chargé de les aider à effectuer leurs injections.
- 13.9.** En cas de recours à des services de thérapie intraveineuse privés, les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient mettre en place des mécanismes de supervision par le biais d'un protocole d'entente (PE), conformément aux dispositions du document intitulé [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique).

[Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés](#)

- 14.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer et mettre en œuvre des plans de surveillance proactive, ainsi que des plans de gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments adressés aux patients recevant un traitement systémique, en particulier ceux présentant un risque élevé (p. ex., double immunothérapie, chimiothérapie/radiothérapie simultanée, leucémie aiguë, cancers de la tête et du cou), pour leur permettre d’optimiser leurs capacités d’autogestion et de réduire leur recours aux services de soins de courte durée.
- 15.** Des structures oncologiques de soins actifs devraient être établies pour les soins non programmés afin de réduire le nombre de visites aux services d’urgence et d’hospitalisations.

Prestation de services virtuels

- 16.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient créer un rôle de coordonnateur des soins virtuels, lequel serait chargé d’encourager les patients et fournisseurs à employer des solutions de soins virtuels, de les aider à apprivoiser ces outils et d’améliorer leur expérience globale vis-à-vis de ceux-ci.
 - 16.1.** S’ils affichent un faible volume de patients, les petits centres peuvent confier les responsabilités du coordonnateur des soins virtuels à d’autres membres du personnel administratif afin d’assurer la continuité de ces services de soins.
- 17.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient étudier les possibilités d’intégration de services de soins virtuels et de mise en œuvre de processus normalisés en matière d’optimisation de la prestation des soins.
 - 17.1.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient déterminer les domaines dans lesquels les soins virtuels permettent d’optimiser la prestation des soins (p. ex., visites de suivi, information des patients)
 - 17.2.** Les soins virtuels devraient être flexibles et en mesure de s’adapter aux préférences des patients, de la famille et/ou des partenaires de soins, notamment en ce qui a trait aux horaires, à la langue et aux considérations culturelles.
 - 17.3.** Les soins virtuels devraient viser à faciliter la mobilisation des patients, de la famille ou des partenaires de soins et la participation de ceux-ci aux soins (p. ex., outils de dépistage des symptômes, information des patients).
 - 17.4.** Les patients, les familles et/ou les partenaires de soins devraient se voir offrir de l’information et des ressources, notamment une aide à la préparation de la consultation virtuelle afin d’éviter les interruptions ou les retards pendant le rendez-vous.
 - 17.5.** La structure des consultations virtuelles (y compris les heures de rendez-vous désignées) devrait être semblable à celle des consultations en personne, et tout devrait être fait pour réduire les temps d’attente des patients, de leur famille ou de leurs partenaires de soins.

- 18.** Les patients devraient avoir accès à des soins pluridisciplinaires en milieu virtuel pour faire en sorte qu'ils reçoivent tout le soutien et les services dont ils ont besoin dans le cadre de leur traitement.

Transitions entre les différents niveaux de soins : Survie et fin de vie

- 19.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient se doter d'un modèle de transition offrant des soins normalisés aux survivants et en matière de suivi pour répondre aux besoins courants des patients qui ont terminé leur traitement systémique ou qui suivent actuellement une hormonothérapie adjuvante.
- 19.1.** Les survivants devraient passer à un niveau de soins plus adapté à leurs besoins actuels et avoir accès à des ressources et systèmes de soutien spécialisés comme des services d'oncologie psychosociale, des initiatives d'autogestion structurée et des programmes de groupe.
- 19.2** Le processus de réintégration des programmes locaux de lutte contre le cancer devrait être simplifié, au besoin.
- 20.** Les équipes d'oncologie et de soins palliatifs, en collaboration avec les patients, les familles et les partenaires de soins, devraient régulièrement engager des débats et utiliser des outils validés dans le but d'orienter la prestation des soins palliatifs et déterminer le moment propice aux transitions vers les soins de fin de vie.
- 20.1.** L'équipe d'oncologie devrait avoir accès à des soutiens et à des services de soins palliatifs communautaires chargés de les aider à répondre aux besoins des patients suivant un traitement systémique lorsqu'il devient trop difficile ou complexe pour elle d'assurer leur prise en charge seule.

Santé et bien-être des fournisseurs

- 21.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer, en collaboration avec les dirigeants d'organisation, devraient élaborer un plan détaillé en faveur du bien-être des fournisseurs.
- 21.1.** Les organisations devraient :
- déterminer les causes profondes de l'épuisement des fournisseurs;
 - mettre en œuvre les changements proposés pour remédier à ces problèmes;
 - mesurer et évaluer l'évolution du bien-être des fournisseurs;
 - créer des postes de direction chargés de veiller au bien-être des fournisseurs.
- 21.2.** Les organisations devraient tenir compte du bien-être des fournisseurs dans le cadre de tout changement de processus ou de politique, y compris dans les services de technologie et d'information sur la santé.

Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain

- 22.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer et mettre en œuvre un processus d'autodéclaration volontaire et confidentielle pour les patients qui s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones vivant en milieu urbain afin d'enrichir l'expérience des patients, d'améliorer les services de santé, de cerner l'étendue des besoins dans le système de santé et générer des données permettant de mesurer l'efficacité des soins de santé pour les patients autochtones.
- 23.** Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient connaître le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et la manière dont les patients inuits et des Premières Nations admissibles peuvent avoir accès à celui-ci.
- 23.1.** Santé Ontario devrait préconiser au programme des SSNA de modifier ses processus de manière à :
- permettre aux intervenants pivots autochtones d'approuver les demandes des patients.
 - rendre son offre de soutiens plus souple pour permettre à d'autres partenaires de soins et membres de la famille d'accompagner facilement les patients inuits et des Premières Nations à des rendez-vous médicaux et à des examens préalables à l'évaluation.
- 24.** Il est recommandé de s'associer aux dirigeants autochtones et aux fournisseurs de soins de santé pour concevoir des ressources destinées aux patients et des politiques et processus de prestation de soins reposant sur une démarche communautaire, participative et collaborative, ainsi que pour intégrer le savoir culturel à tous les aspects des soins.
- 24.1.** Il est recommandé de faciliter l'embauche de Premières Nations, d'Inuits, de Métis et d'Autochtones vivant en milieu urbain à des postes de navigation, de

coordination, de soutien par les pairs et d'élaboration de ressources au sein des programmes régionaux de lutte contre le cancer.

- 24.2.** Santé Ontario, en partenariat avec les programmes régionaux de lutte contre le cancer, devrait préconiser l’officialisation de l’expansion du rôle d’intervenant pivot autochtone et l’affectation de ressources appropriées à ce poste dans toutes les régions afin de coordonner et mettre les patients en liaison avec les programmes de soins communautaires et de services sociaux, d’organiser des services d’interprétation et de faciliter l’établissement de liens entre les aînés autochtones, les guérisseurs traditionnels ou les gardiens du savoir et l’équipe d’oncologie.
- 24.3.** Les équipes d’oncologie devraient travailler en partenariat avec les Aînés, les guérisseurs traditionnels, les gardiens du savoir et les fournisseurs autochtones pour appuyer la prestation de soins holistiques répondant aux besoins culturels, sociaux et médicaux des personnes autochtones.
- 24.4.** Tous les membres de l’équipe d’oncologie devraient être tenus de suivre une formation obligatoire sur la sécurité culturelle et la sensibilisation à la culture autochtone afin d’assurer la prestation de soins axés sur la personne et adaptés sur le plan culturel.

Populations francophones et groupes en quête d’équité

- 25.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient permettre aux patients de se déclarer membres d’une communauté ou d’un groupe et d’indiquer leurs préférences ou besoins particuliers au début de leur traitement contre le cancer, en veillant à ce qu’ils bénéficient de renseignements et de mesures de soutien appropriés, notamment des services de traduction et d’interprétation accessibles tout au long de leur parcours de soins.
- 25.1.** Conformément à la *Loi sur les services en français* de l’Ontario, les équipes d’oncologie devraient identifier les patients francophones et être en mesure d’offrir des services en français aux patients, à leur famille et à leurs partenaires de soins.
- 26.** L’équipe d’oncologie devrait évaluer les besoins financiers, de transport et autres soutiens ou besoins sociaux de tous les patients au point d’entrée du système de lutte contre le cancer et déterminer et fournir les services d’intervention appropriés, tout en facilitant l’accès aux soutiens et aux services en fonction des besoins uniques de chaque groupe en quête d’équité.
- 26.1** En collaboration avec les membres de la collectivité, les groupes de défense des intérêts et les organismes de soutien, les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient s’attacher à élaborer des services d’orientation des patients et des programmes de soutien par les pairs adaptés aux besoins uniques des populations francophones et des groupes en quête d’équité.
- 26.2.** Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient accroître la sensibilisation, ainsi que promouvoir et faciliter l’accès aux ressources destinées aux

patients et fournisseurs, notamment les documents en français, sur le site Web de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

26.3. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient élaborer du contenu local qui peut être traduit en français et en d'autres langues en fonction des besoins de leur population.

26.4. Les programmes locaux de lutte contre le cancer devraient mettre en œuvre des systèmes d'orientation facilitant les transitions et donnant accès à des soutiens et à des programmes communautaires adaptés aux groupes en quête d'équité.

Introduction

Contexte

La demande de modèles de traitement systémique pour les patients atteints de cancer a augmenté en Ontario. Cette hausse est attribuable à plusieurs facteurs, notamment le vieillissement de la population et les progrès réalisés dans le domaine du traitement, donnant ainsi lieu à des soins plus complexes. Ceci a permis une hausse de 40 000¹ cas de traitement systémique antinéoplasique et de 120 000 visites en salle de traitement systémique par année entre 2014-2015 et 2021-2022. De plus, les nouveaux cas de cancer devraient augmenter de 25,4 % sur les 10 prochaines années, passant d'environ 91 846 cas en 2020 à 115 306 cas en 2030².

La pénurie de ressources humaines en santé dans tout le système de santé a eu une incidence considérable sur la prestation du traitement systémique en milieu ambulatoire. Depuis la pandémie de COVID-19, il est particulièrement difficile de recruter et de maintenir en poste des oncologues médicaux, des hématologues, du personnel infirmier très spécialisé et formé pour administrer des traitements systémiques et des pharmaciens et techniciens en pharmacie formés à l'oncologie. La pandémie a également exacerbé l'épuisement des fournisseurs en raison de facteurs tels que l'augmentation de la charge de travail, le manque d'efficacité dans le flux de travail, le mauvais équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, le sentiment d'être sous-estimés et dévalorisés et le manque de formation et de soutien.

Alors que les fournisseurs de soins de santé sont confrontés à des difficultés, les patients en subissent les conséquences : des délais d'attente prolongés pour obtenir un rendez-vous et un traitement, des retards dans l'envoi des résultats d'examens et l'accès limité à des services de soutien.

À cause d'une mauvaise communication et d'un manque de coordination entre les fournisseurs, les soins sont fragmentés et les patients peuvent être orientés vers des services ou des niveaux de soins qui ne correspondent pas à leurs besoins.

De plus, les communautés autochtones, francophones et les groupes en quête d'équité sont confrontés à des obstacles et des limites supplémentaires quant à l'accès aux services de cancérologie, qui ont été davantage touchés par la pandémie. Ces circonstances peuvent générer de la frustration et de la détresse pour les patients et leur famille, à l'origine d'une baisse de l'utilisation des services, d'une insatisfaction de la part des patients et de résultats de santé sous-optimaux. La pandémie a également accéléré l'adoption des soins virtuels dans la prestation des services de cancérologie. Bien que les soins virtuels constituent un changement global positif et nécessaire, certains patients ont rencontré des obstacles pour utiliser les soins virtuels en raison d'un accès limité aux technologies ou d'un manque de littératie numérique, et certains ont préféré les interactions en personne. Les soins virtuels ne sont pas adaptés à certaines populations de patients ou à certains types de consultations, et certains aspects des soins sont limités comme les consultations pluridisciplinaires avec les patients, qui sont une composante essentielle de la prestation des soins en équipe. Face à ces constatations, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a formulé des recommandations visant à optimiser les modèles de prestation de services pour les

fournisseurs de traitement systémique en milieu ambulatoire. Ces recommandations visent à aider les fournisseurs et les patients à surmonter les difficultés rencontrées, à assurer un accès équitable aux soins pour tous et à améliorer le bien-être des fournisseurs participant à la prestation des services de cancérologie.

¹ Rapport sur le niveau d'activités, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

² Modèle élaboré par le Registre des cancers de l'Ontario, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Objectifs

Cette initiative visait à élaborer des recommandations relatives aux modèles de soins pour le traitement systémique en milieu ambulatoire en tenant compte du point de vue des patients, des fournisseurs, des programmes de cancérologie et des organismes. Ces recommandations ont pour but :

- d'optimiser l'utilisation des ressources de soins de santé, des établissements et des processus dans les cliniques d'oncologie, les pharmacies en oncologie et les salles de traitement systémique;
- d'améliorer l'expérience des patients recevant un traitement systémique en milieu ambulatoire;
- d'améliorer le bien-être des membres de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prestation de ces soins.

Principes directeurs

Vous trouverez ci-dessous les principes directeurs qui ont été appliqués pour élaborer les recommandations :

- Assurer la prestation de soins axés sur la personne, fondés sur des données probantes et de grande qualité;
- Faciliter l'accès rapide à des soins dans des milieux appropriés, aussi proche du domicile du patient que possible;
- Permettre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de collaborer efficacement et d'œuvrer pour un exercice optimal de leur fonction;
- Tirer parti des technologies et traitements actuels et émergents, si possible;
- Trouver, si possible, des services de soutien appropriés disponibles pour mettre en œuvre les nouveaux modèles de soins;
- Rechercher des possibilités d'éliminer les iniquités existantes pour les communautés autochtones et les groupes en quête d'équité;
- Assurer le respect des normes de réglementation et d'accréditation.

Méthodologie

Plusieurs méthodes ont été employées pour orienter et faciliter l'élaboration des recommandations, dans le but de s'assurer qu'elles sont fondées sur des données probantes, pragmatiques et efficaces pour surmonter les défis rencontrés par le système de santé.

Analyse documentaire ciblée : Une analyse documentaire ciblée a été réalisée pour comprendre la situation actuelle en matière de recherche et de pratiques exemplaires liées à la prestation des traitements systémiques en milieu ambulatoire. En examinant les études et les publications de 2013 à 2023, l'équipe de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a déterminé les thèmes, les sujets et les questions utiles pour orienter la formulation de recommandations fondées sur des données probantes. L'examen a également permis de mettre en lumière les lacunes en matière de connaissances et les possibilités de futurs travaux de recherche, l'équipe a alors pu repérer les domaines d'innovation et d'amélioration pour la prestation des traitements systémiques.

systémique : Une enquête a été menée de mai à juin 2022, dans 16 établissements de traitement systémique en Ontario, afin d’explorer les processus cliniques, la dotation en personnel et l’utilisation des ressources pour les soins offerts aux patients en milieu ambulatoire. Les établissements ont été choisis pour assurer la représentation de toutes les régions et de tous les milieux hospitaliers. L’enquête a révélé les forces actuelles et les domaines d’amélioration dans la prestation des soins, alors qu’une entrevue subséquente auprès des équipes pluridisciplinaires a permis de recueillir des commentaires plus détaillés sur les expériences, les difficultés, les pratiques novatrices et les priorités pour le nouveau modèle. Le processus d’entrevue a permis de recueillir des suggestions d’amélioration des résultats de santé et d’élimination des difficultés rencontrées par les équipes.

Groupes de discussion avec des patients, des familles, des aidants et des fournisseurs

pluridisciplinaires : De septembre à décembre 2022, cinq groupes de discussion ont été établis avec différents professionnels de l’oncologie issus de Programmes régionaux de cancérologie et des représentants de patients et de familles en Ontario. Ces groupes comprenaient des médecins (n=19), du personnel infirmier (n=14), y compris les responsables régionaux des soins infirmiers en oncologie qui ont consulté le personnel infirmier local), du personnel infirmier en pratique avancée (n=8), des pharmaciens et techniciens en pharmacie (n=19) et des représentants des patients et des familles (n=9). Les groupes de discussion visaient à obtenir des commentaires directement auprès des familles et des fournisseurs sur les difficultés et les facteurs facilitant la prestation du traitement systémique en milieu ambulatoire. Les groupes de discussion ont également permis d’étudier de manière approfondie les expériences et points de vue des participants, apportant ainsi des données précieuses qui n’auraient peut-être pas été obtenues par d’autres méthodes de collecte.

Analyse de la situation par administration au Canada et à l’étranger : De septembre à décembre 2022, des informateurs clés d’organismes et programmes de cancérologie au Canada et à l’étranger, y compris Alberta Health Services, British Columbia Cancer Agency, Yale Cancer Centre, Dana-Farber Cancer Institute, Memorial Sloan Kettering Cancer Centre, Ireland National Cancer Control Programme, et National Health Services en Écosse et au Royaume-Uni, ont été interrogés pour étudier les processus de prestation de traitements systémiques en milieu ambulatoire de ces administrations. L’analyse a permis de repérer des processus efficaces qui pourraient être adoptés ou adaptés pour améliorer la prestation de traitements systémiques en milieu ambulatoire en Ontario.

Groupe de travail du projet avec des patients, des familles, des aidants et des fournisseurs

pluridisciplinaires : Santé Ontario (Action Cancer Ontario) a créé un groupe de travail du projet (n=13 membres reconnus et n=8 membres ad hoc), composé de représentants des patients et des familles, d’administrateurs principaux et de fournisseurs pluridisciplinaires des programmes régionaux de cancérologie en Ontario. Les membres ont été nommés en fonction de leur grande expérience et connaissance de la prestation des traitements systémiques en milieu ambulatoire et se sont réunis tous les mois, d’octobre 2022 à février 2023. Pour participer, les membres du groupe

ont dû signer une entente de participation et remplir une déclaration des conflits d'intérêts.

Les commentaires des membres du groupe de travail ont été essentiels pour orienter l'élaboration des recommandations, apportant des données sur les aspects pratiques de la prestation des soins et les potentiels facteurs facilitant une mise en œuvre réussie.

Mobilisation des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain : De décembre 2022 à mai 2023, une série de quatre séances de dialogues communautaires, de discussions de groupe et d'entrevues a été menée, et des enquêtes ont été distribuées aux fournisseurs. Au total, trois participants et neuf fournisseurs ont été mobilisés. Ces discussions avaient pour but de mieux comprendre les besoins, les expériences et les obstacles en matière d'accès aux soins propres aux Autochtones lorsque ces derniers ont besoin d'un traitement systémique en milieu ambulatoire. Il était important de concevoir les recommandations en collaboration avec les populations et communautés autochtones, car celles-ci sont souvent mal desservies et rencontrent des difficultés uniques en matière d'accès aux services de santé.

Mobilisation des populations francophones et des groupes en quête d'équité : De décembre 2022 à mai 2023, treize séances de dialogues communautaires et de discussions ont été organisées, avec au total 33 participants de diverses communautés et populations en quête d'équité. Ces séances comprenaient des personnes se déclarant membres de la communauté 2ELGBTQI+, des personnes noires, des francophones, des nouveaux arrivants et des immigrants. Ces discussions avaient pour but de mieux comprendre les besoins, les expériences et les obstacles d'accès aux soins propres à ces groupes et rencontrés lorsque ces derniers ont besoin d'un traitement systémique en milieu ambulatoire. Il était important de concevoir les recommandations axées sur l'équité en collaboration avec ces populations et communautés, car celles-ci sont souvent marginalisées et rencontrent des difficultés uniques en matière d'accès aux services de santé.

Processus de consultation : D'importantes consultations ont été menées d'avril à juin 2023, avec les programmes Santé Ontario, des experts en la matière, les principaux intervenants aux niveaux local et régional, les administrateurs d'établissements de santé et les organes administratifs. Cela a permis de tenir compte de nombreux points de vue, pour nous assurer que les recommandations étaient pertinentes, réalisables et acceptables pour les personnes concernées.

Recommandations

Orientation vers les services de diagnostic des cas soupçonnés de cancer

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les patients chez qui on soupçonne un cancer peuvent ne pas bénéficier d'un accès équitable aux soins lorsqu'il y a un manque d'homogénéité dans les processus d'orientation et de diagnostic. À cause de cela, les délais d'attente de certains patients peuvent être prolongés ou ils peuvent recevoir un niveau de soins qui n'est pas approprié.
- Le manque de processus normalisés peut amener à réaliser des examens inutiles, à administrer des traitements non nécessaires ou à orienter les patients sans raison, ce qui peut augmenter le fardeau imposé au système de santé.
- Le diagnostic du cancer peut aussi être retardé. Il est essentiel de diagnostiquer le cancer le plus tôt possible pour offrir les meilleurs résultats au patient.
- Le manque d'homogénéité dans les processus peut entraîner une confusion, une frustration, une anxiété pour les fournisseurs et les patients, qui peuvent ne pas comprendre le processus d'orientation ou la raison de leur orientation vers différents services.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ¹⁻⁶

- **Égalité d'accès aux soins** : En raison du manque d'homogénéité dans les processus d'orientation et de diagnostic, les délais d'attente de certains patients peuvent être prolongés ou ils peuvent recevoir un niveau de soins qui n'est pas approprié, et cela peut entraîner potentiellement des disparités en matière de santé. Il est important de régler ces problèmes pour s'assurer que tous les patients, quels que soient leurs antécédents ou circonstances, bénéficient d'un accès à des soins de grande qualité.
- **Diminution du fardeau inutile pour le système de santé** : Les processus normalisés peuvent permettre d'optimiser l'utilisation des ressources de santé et réduire le fardeau imposé sur le système de santé. Grâce à des lignes directrices claires, on peut éviter des examens inutiles, des traitements non nécessaires et des orientations inappropriées, permettant ainsi une prestation de soins efficace et efficiente ainsi que l'amélioration de l'expérience des fournisseurs.
- **Rapidité du diagnostic du cancer** : La rapidité du diagnostic du cancer peut permettre d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients, comme une amélioration des taux de survie et de la qualité de vie et peut également réduire la nécessité d'administrer des traitements plus agressifs et plus coûteux.
- **Amélioration de l'expérience des patients** : Des processus clairs et uniformes peuvent améliorer la satisfaction des patients et réduire leur anxiété en leur permettant de mieux comprendre le processus d'orientation et ce qu'ils peuvent attendre des différents services.

Recommandation n° 1. Des processus d'orientation et de diagnostic rapides et normalisés devraient être établis pour simplifier l'accès au système de lutte contre le cancer.

1.1. Un service de diagnostic des cas soupçonnés de cancer devrait être mis en place pour permettre aux patients de recevoir des examens coordonnés et en temps opportun (p. ex., analyses sanguines, imagerie diagnostique et biopsie).

1.2. Les critères d'orientation devraient être normalisés pour aider les médecins traitants à déterminer les cas devant faire l'objet d'une orientation et ainsi réduire le nombre de tests inutiles ou en double.

1.3. Des protocoles normalisés de laboratoire et d'imagerie diagnostique conformes aux lignes directrices et aux pratiques exemplaires devraient être élaborés pour appuyer la prise de décisions cliniques de grande qualité et l'orientation rapide vers les services appropriés.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Activités de sensibilisation destinées aux fournisseurs à l'origine de l'orientation :** Il est important que les fournisseurs à l'origine de l'orientation soient sensibilisés afin d'améliorer la détection précoce et l'orientation des patients atteints d'un cancer. Les fournisseurs doivent être informés des processus de diagnostic et d'orientation normalisés et équipés des ressources nécessaires pour orienter rapidement les patients. Pour cela, il est nécessaire d'utiliser des supports éducatifs et des programmes de sensibilisation.
- **Processus et protocoles normalisés :** L'élaboration de flux de travail et protocoles normalisés pour l'orientation et l'évaluation diagnostique peut aider à assurer la prestation uniforme, efficiente et efficace des soins.
- **Infrastructure technologique :** Une infrastructure technologique appropriée, comme un système fiable et sécurisé de gestion des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) ou d'échange des renseignements de santé (ÉRS) est nécessaire pour soutenir le flux de renseignements sur les patients et permettre une communication efficace entre les fournisseurs.
- **Processus d'amélioration de la qualité :** La surveillance continue, l'évaluation et le perfectionnement des processus d'orientation et de diagnostic sont essentiels pour assurer leur efficacité et leur durabilité. Cela nécessite l'utilisation des données pour trouver les possibilités d'amélioration et la mise en œuvre de pratiques fondées sur les données probantes afin de repérer les lacunes.

- **Collaboration interdisciplinaire** : Une communication efficace repose sur une solide collaboration interdisciplinaire entre les fournisseurs participant aux processus d'orientation et de diagnostic. Encourager un travail d'équipe interdisciplinaire, des réunions régulières et des voies de communication ouvertes permet de promouvoir la prise de décisions commune, la coordination des soins et une communication rapide des conclusions.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Un service de diagnostic des cas soupçonnés de cancer, en personne ou virtuellement, offrirait aux patients l'accès à des examens nécessaires pour confirmer ou écarter un diagnostic de cancer. Cela permettrait également de mettre les patients en relation avec d'autres services et soutiens dans le cadre du Programme régional de cancérologie en attendant leurs résultats, comme les intervenants pivots ou les services d'aide sociale. Il est important de préciser que ce service de diagnostic diffère des parcours d'évaluation diagnostique (PÉD), qui sont généralement axés sur un siège de maladie précis, et suivent une approche structurée et normalisée pour le diagnostic et la prise en charge. À l'inverse, un service général de diagnostic des cas soupçonnés de cancer est conçu pour rechercher la présence de cancers potentiels ou soupçonnés, quel que soit le siège de la maladie, et est généralement d'une portée plus vaste, comprenant un éventail d'examens et de procédures applicables aux multiples formes de cancer. Si un diagnostic de cancer est confirmé, le patient sera orienté vers le premier service approprié (p. ex., médical, gynécologie, radiothérapie, chirurgie oncologique ou hématologie). Si le diagnostic de cancer est écarté, le patient sera réorienté vers un autre spécialiste, ou il sera renvoyé vers le médecin qui l'avait adressé à l'origine. Un service de diagnostic des cas soupçonnés de cancer devrait être établi à l'échelle du programme local de cancérologie. La mise en œuvre à l'échelle régionale peut être considérée en fonction de certains facteurs comme la population de patients, les aspects géographiques et les circonscriptions.
- Envisager un examen conjoint par des médecins, au besoin, avec le personnel de bureau pour trier les patients orientés et programmer leur prise en charge lors du prochain créneau disponible. Envisager de donner rendez-vous aux patients lors des prochains créneaux encore disponibles à la suite d'annulations de dernière minute pour cause de maladie ou d'empêchement. Cette approche peut aider à optimiser les ressources cliniques et à s'assurer que les patients reçoivent des soins en temps opportun.
- Les patients peuvent être reçus par un oncologue médical, un omnipraticien en oncologie ou un infirmier praticien. Consultez la page de [ressources du Programme de gestion des voies pathologiques](#) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).
- Envisager d'organiser la Journée des intervenants pivots : une journée unique au cours de laquelle les patients chez qui on soupçonne un cancer, ainsi que leur famille ou leurs aidants, sont guidés à travers un processus d'examens de diagnostic complet et pleinement coordonné.

- Les patients participent d'abord à une séance pédagogique de groupe au cours de laquelle ils reçoivent des renseignements sur le programme de la part d'un membre du personnel infirmier et d'une équipe de travailleurs sociaux. On y aborde dès le début des sujets comme les problèmes financiers, les émotions fréquemment évoquées et les habiletés d'adaptation, facilitant ainsi une bonne communication entre le patient et le personnel.
- Pour atténuer les problèmes potentiels dans l'exécution rapide de la phase de diagnostic, chaque patient rencontre individuellement un membre du personnel infirmier qui lui donne des renseignements sur les examens à venir et utilise un questionnaire d'autodéclaration des antécédents médicaux et l'ESAS (Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton) pour évaluer les symptômes du patient, son état émotionnel et les problèmes sociaux qu'il rencontre.
- Toutes les analyses sanguines nécessaires sont réalisées, le patient commence à recevoir les renseignements dont il a besoin, ainsi que les coordonnées des services à joindre en cas de question, et il reçoit un passeport du patient qu'il passe en revue avec l'infirmier.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Établir un partenariat avec les fournisseurs de soins primaires pour créer des services de diagnostic intégrés appuyés par les services de navigation et d'accès aux renseignements afin d'améliorer la rapidité du diagnostic et les résultats des patients.

Orientation vers les services d'oncologie médicale, d'hématologie et d'oncologie gynécologique

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Un processus décentralisé pour l'admission des patients orientés peut entraîner un manque d'homogénéité dans le processus d'orientation, ce qui peut engendrer de la confusion et des retards pour les patients et les fournisseurs de soins de santé.
 - Le manque d'homogénéité dans le processus d'examen des orientations peut entraîner des retards dans l'organisation des consultations et potentiellement nuire aux soins des patients.
 - Le déséquilibre dans la charge de travail parmi les fournisseurs de soins de santé peut imposer un fardeau excessif sur certains fournisseurs alors que d'autres sont sous-utilisés dans le cadre de l'examen des orientations.
 - En raison du manque d'homogénéité dans les processus, les délais d'attente de certains patients peuvent être prolongés ou ils peuvent recevoir un niveau de soins qui n'est pas approprié, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leurs résultats.
 - Le défaut de communiquer un diagnostic en temps opportun et de manière exacte aux patients et aux fournisseurs à l'origine de l'orientation peut avoir des conséquences négatives sur les soins offerts aux patients.
-

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁸⁻¹⁷

- **Amélioration des résultats des patients** : La mise en œuvre d'un système centralisé d'admission des patients orientés et d'un flux de travail normalisé peut permettre d'améliorer les résultats des patients en s'assurant que les patients qui ont besoin de soins spécialisés sont reçus en temps opportun. Cela peut permettre d'établir un diagnostic plus rapidement, d'offrir un traitement approprié en temps opportun et d'améliorer la satisfaction des patients.
- **Amélioration de la satisfaction des fournisseurs** : La mise en œuvre d'un système centralisé d'orientation et d'un flux de travail normalisé peut également permettre d'équilibrer la charge de travail entre les membres d'une équipe et de réduire les risques d'inefficacité, ce qui peut améliorer la satisfaction au travail des fournisseurs de soins de santé.
- **Utilisation efficiente des ressources** : La mise en œuvre d'un système centralisé d'orientation et d'un flux de travail normalisé peut améliorer l'utilisation efficiente des ressources hospitalières et régionales, assurant ainsi une meilleure affectation des ressources.
- **Amélioration de la communication entre patient et fournisseur** : Lorsque le spécialiste annonce directement le diagnostic au patient, il peut répondre aux questions ou inquiétudes de ce dernier en temps réel. Cela peut permettre d'améliorer la communication entre le patient et le fournisseur et d'établir un climat de confiance entre le patient et son équipe de soins.
- **Collaboration et coordination entre les fournisseurs** : Informer le fournisseur à l'origine de l'orientation au sujet du diagnostic permet d'encourager la collaboration et la coordination entre les fournisseurs de soins de santé, ce qui mène à un plan de soins plus efficace et plus efficient. Cela permet également d'établir des attentes claires au sujet des responsabilités individuelles au cours de la phase de traitement actif et à la fin du traitement.

Recommandation n° 2. Un système centralisé d'orientation devrait être mis en place pour s'assurer que les patients ayant besoin d'être pris en charge par des services d'oncologie médicale, d'hématologie ou d'oncologie gynécologique soient vus par le premier spécialiste disponible dans l'hôpital ou la région.

2.1. Un flux normalisé des tâches de triage et de hiérarchisation des nouveaux patients devrait être élaboré pour déterminer la personne responsable de l'examen de l'orientation préconisée et le délai de programmation d'une consultation en fonction des renseignements cliniques à disposition, et ainsi améliorer l'efficacité des tâches et la répartition de la charge de travail entre les membres de l'équipe.

2.2. Le spécialiste devrait faire part du diagnostic au patient, tout en informant le médecin responsable de l'orientation initiale du patient vers le service de diagnostic.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Infrastructure technologique** : Un système centralisé d'orientation dépend d'une infrastructure technologique appropriée, comme les systèmes électroniques d'orientation et de consultation. Un service de consultation électronique permet aux fournisseurs de soins de santé de communiquer par voie électronique avec les spécialistes pour déterminer la pertinence de l'orientation. Un outil d'orientation électronique permet d'échanger de façon sécurisée et précise des renseignements entre fournisseurs, réduisant ainsi les risques d'erreurs et facilitant la coordination des soins.
- **Mobilisation des intervenants** : La mobilisation des principaux intervenants, comme les fournisseurs à l'origine de l'orientation, les spécialistes et le personnel administratif, est essentielle pour repérer et éliminer les obstacles potentiels à la mise en œuvre, s'assurant ainsi que le système répond aux besoins de toutes les parties concernées.
- **Processus et protocoles normalisés** : La mise en place de flux de travail et de protocoles normalisés pour le triage et la hiérarchisation des patients orientés, ainsi que pour la communication entre les spécialistes et les fournisseurs à l'origine de l'orientation, peut permettre d'assurer une prestation des soins uniforme, efficiente et efficace.
- **Processus d'amélioration de la qualité** : La surveillance continue, l'évaluation et le perfectionnement des processus d'orientation sont essentiels pour assurer leur efficacité et leur durabilité au fil du temps. Cela nécessite l'utilisation des données pour trouver les

- possibilités d'amélioration et la mise en œuvre de pratiques fondées sur les données probantes afin de repérer les lacunes.
- **Éducation et formation** : L'offre d'une formation et d'information aux fournisseurs de soins de santé dans les domaines des compétences en communication, des compétences culturelles, des aspects juridiques et éthiques, peut les aider à communiquer plus efficacement et à prévenir les potentiels obstacles lorsqu'ils font part du diagnostic à un patient.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

- Des modèles d'admission centralisés peuvent permettre d'améliorer considérablement le processus d'orientation pour les patients. Ces modèles devraient comprendre un bureau d'admission qui sert d'interlocuteur aux patients et aux fournisseurs, ainsi qu'un service de consultation électronique et un outil d'orientation électronique. Consultez la page de Santé Ontario (Cybersanté Ontario) [Guide de mise en œuvre de l'aiguillage électronique et de consultation électronique](#).
- Pour s'assurer que les patients sont reçus par le spécialiste approprié en temps opportun, les modèles centralisés d'admission devraient également comporter des règles normalisées de participation et d'affectation pour les oncologues médicaux, les hématologues ou les oncologues gynécologiques. Les patients devraient pouvoir consulter le prochain spécialiste disponible parmi les spécialistes participants de l'hôpital ou de la région, sauf indication contraire.
- Lorsqu'une orientation est reçue, le spécialiste ou son délégué devrait envoyer un accusé de réception au fournisseur à l'origine de l'orientation et au patient.
 - **Si l'orientation est acceptée** : Il est important de s'assurer que les patients sont bien informés des rendez-vous à venir. Pour cela, les patients devraient recevoir des renseignements détaillés par courriel ou sur un portail des patients ou autrement, par téléphone ou par courrier pour les personnes ayant un accès ou des compétences technologiques limités. Ces renseignements doivent porter sur plusieurs sujets importants pour s'assurer que les patients sont bien préparés pour leurs rendez-vous :
 - La date, l'heure, le lieu et le nom de l'oncologue médical/l'hématologue/l'oncologue gynécologique, si possible;
 - Les mesures à prendre avant le rendez-vous pour se préparer, notamment les consignes de jeûne, la consommation de liquides ou la prise de médicaments avant le rendez-vous;
 - Des renseignements généraux sur l'hôpital dans lequel a lieu la consultation, notamment des détails sur le transport, les aires de stationnement et les services d'accessibilité;
 - Un aperçu des programmes, services, renseignements sur la santé et outils

disponibles pour aider les patients, notamment des groupes de soutien, des services de counseling ou des ressources en ligne;

- Des renseignements sur les procédures et politiques de l'établissement de traitement systémique, notamment la procédure d'annulation et de confirmation des rendez-vous et les politiques sur les aidants et visiteurs essentiels;
- Les coordonnées des services à contacter en cas de questions ou d'inquiétudes pour s'assurer que les patients se sentent soutenus et ont accès aux renseignements dont ils ont besoin pour tirer le meilleur parti de leurs rendez-vous.
- **Si l'orientation n'est pas acceptée** : Le spécialiste devrait donner une réponse informative au fournisseur à l'origine de l'orientation et au patient, en indiquant les motifs du refus. Il peut y avoir plusieurs raisons à un refus, notamment si l'orientation ne répond pas aux critères du service, si les renseignements fournis sont insuffisants ou si le patient nécessite un niveau de soins différent. L'équipe de soins doit informer le patient des autres options de soins à sa disposition. Cela peut comprendre des orientations vers d'autres spécialistes ou services, ou des conseils sur l'accès à des ressources supplémentaires pour répondre aux besoins en matière de soins du patient.
- Les programmes locaux de cancérologie ou les équipes spécialisées dans un siège de la maladie devraient élaborer des critères pour les orientations qui doivent être examinées en priorité par un oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique **ou** les programmes locaux de cancérologie ou les équipes spécialisées dans un siège de la maladie devraient élaborer des critères et des paramètres pour les orientations qui pourraient être examinées ou triées par d'autres membres de l'équipe ayant une expertise clinique (omnipraticien en oncologie, infirmier praticien, adjoint au médecin, personnel infirmier clinicien spécialisé/personnel infirmier autorisé, commis) avec l'aide d'un oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique, au besoin.
- Envisager un calendrier de rotation du triage pour permettre aux membres de l'équipe de renforcer leurs capacités et de partager la charge de travail.
- Des efforts doivent être déployés pour réduire les charges administratives inutiles pour les fournisseurs tout au long du processus d'orientation et de triage.

Planification des rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les pénuries de ressources humaines en santé peuvent engendrer des délais d'attente prolongés pour les patients qui ont besoin de voir un spécialiste ou de recevoir un traitement. Ces délais peuvent retarder le diagnostic et l'administration du traitement, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur les résultats du patient.
- Le manque d'espace dans les cliniques d'oncologie ou les salles de traitement systémique peut réduire la disponibilité des rendez-vous pour les patients atteints d'un

cancer. Les conséquences peuvent être des délais d'attente prolongés, moins de créneaux disponibles pour les rendez-vous et un accès aux soins limité.

- La disponibilité limitée des rendez-vous peut également réduire la flexibilité de la programmation, il peut donc être plus difficile de s'adapter aux préférences des patients ou de prévoir des consultations d'urgence.
- Le type et la durée du traitement sont des éléments à prendre en compte lors de la planification des rendez-vous. Par exemple, certains traitements prennent plus de temps et peuvent être plus complexes, ce qui peut avoir une incidence sur la programmation des rendez-vous.
- Les patients peuvent avoir besoin de prévoir des rendez-vous avec d'autres fournisseurs de soins de santé, comme des radiologues ou des chirurgiens, ce qui peut compliquer encore la programmation des consultations.
- Les consultations imprévues peuvent bousculer le programme et obliger à reprogrammer ou à ajuster des rendez-vous.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ¹⁸⁻²⁶

- **Accès des patients aux soins :** Il est essentiel d'être efficaces dans la programmation des rendez-vous dans les cliniques d'oncologie ou les salles de traitement systémique pour permettre un accès rapide aux soins et optimiser l'utilisation des ressources. Cela permet de réduire les retards dans le diagnostic et l'administration du traitement, ainsi que les délais d'attente, les périodes d'inactivité et d'améliorer le flux des patients.
- **Expérience des patients :** Un programme bien géré peut aider à s'assurer que les patients ont une expérience positive à la clinique ou dans la salle de traitement. Cela peut permettre d'améliorer les taux de satisfaction des patients et de les encourager à continuer leur traitement.
- **Expérience des fournisseurs :** L'expérience des fournisseurs peut être améliorée en mettant en place des pratiques efficaces de gestion des programmes, assurant ainsi une répartition plus équilibrée de la charge de travail et évitant aux fournisseurs d'être surmenés ou sous-utilisés. Cela contribue alors à une amélioration du bien-être et du maintien en poste des fournisseurs.

Recommandation n° 3. Les rendez-vous en service d'oncologie et en salle de traitement systémique devraient être fixés par des personnes possédant les connaissances et l'expertise nécessaires pour veiller à la prise en compte de multiples facteurs de planification interdépendants et à leur ajustement en fonction de l'évolution de la disponibilité des ressources.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Communication efficace** : Une communication efficace entre les fournisseurs de soins de santé, les patients, les familles et les aidants, est essentielle pour la bonne programmation des rendez-vous. Cela comprend une communication claire et en temps opportun sur les heures et dates des rendez-vous, les changements de programme et les consignes pour la préparation et le suivi.
- **Dossier de santé électronique (DSÉ)** : Les DSÉ peuvent faciliter la planification efficiente en mettant à disposition des renseignements en temps réel sur les rendez-vous des patients, la disponibilité des ressources et les plans de traitement. Les DSÉ peuvent également aider les fournisseurs à suivre les progrès des patients et à coordonner les soins entre les différentes disciplines.
- **Soins axés sur la personne** : Les soins axés sur la personne constituent une approche qui consiste à accorder la priorité aux besoins, aux préférences et aux valeurs des patients lors de la prise de décisions au sujet de leurs soins. Cela peut comprendre une certaine flexibilité dans la planification des rendez-vous, notamment des heures d'ouverture prolongées ou des consultations les fins de semaine, ainsi qu'un soutien pour le transport, la garde d'enfants ou d'autres problèmes logistiques.
- **Niveaux de dotation en personnel** : Des niveaux de dotation en personnel appropriés sont essentiels pour la planification réussie des rendez-vous dans les cliniques d'oncologie ou les salles de traitement systémique. Pour cela, il faut notamment un nombre suffisant de membres de l'équipe de soins oncologiques et de personnel de soutien pour répondre aux demandes des patients, à leurs besoins uniques et assurer un accès rapide aux soins.
- **Utilisation efficiente de l'espace** : L'utilisation efficiente de l'espace peut permettre d'optimiser le nombre de patients qui peuvent être reçus dans une clinique ou une salle de traitement. Cela comprend le regroupement de patients recevant des traitements similaires dans les mêmes espaces, l'utilisation efficiente de l'équipement et des zones de traitement et la réduction des délais d'attente.
- **Mesures du rendement** : Les mesures du rendement peuvent aider les programmes locaux de cancérologie à assurer le suivi de l'efficacité et de l'efficacités de leurs processus de planification des rendez-vous. Cela peut comprendre des mesures des délais d'attente, du taux de satisfaction des patients et de la productivité du personnel, ce qui peut servir à repérer les domaines d'amélioration et à suivre les progrès réalisés au fil du temps.

- **Amélioration continue** : L'amélioration continue est une démarche qui consiste à repérer et éliminer le manque d'efficacité dans les processus afin d'améliorer les résultats des patients et le rendement organisationnel. Cela comprend la surveillance continue des processus de planification, le recueil des commentaires des patients et du personnel, la mise en œuvre de changements à travers des cycles Planifier-Faire-Étudier-Agir (PDSA) prévus pour améliorer l'efficacité dans la planification et l'accès aux soins offerts aux patients.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Établissements de traitement systémique

- Bien que l'expérience sur le terrain soit un facteur essentiel pour gagner en expertise en matière de planification des rendez-vous dans les cliniques d'oncologie et les salles de traitement systémique, un programme d'éducation et de formation pourrait également être intéressant pour les commis qui souhaitent se perfectionner au poste de spécialiste de la planification. Grâce à une expérience d'apprentissage structurée et complète, le programme peut aider ces personnes à mieux comprendre les principaux concepts, les compétences nécessaires et la complexité de ce travail, y compris l'analyse décisionnelle selon de multiples critères, l'optimisation de la planification et de l'affectation des ressources, l'adaptation à différentes variables comme les horaires des fournisseurs, les rendez-vous non honorés, les annulations, les retards et les rendez-vous ajoutés, et la coordination avec d'autres membres de l'équipe et services pour les interventions comme les chirurgies et la radiothérapie. Pour s'assurer que le personnel est en mesure de répondre aux besoins de planification du programme, une formation pratique et un soutien continu sont également nécessaires.
- Lorsqu'une personne est responsable de la planification des rendez-vous dans le cadre du programme de traitement systémique, elle acquiert de nombreuses compétences en planification, organisation et gestion du temps. Il est essentiel d'évaluer si les responsabilités du poste actuel de la personne et sa rémunération concordent avec ses capacités. La création d'un nouveau poste, de spécialiste de la planification par exemple, qui reconnaît et utilise l'expertise de la personne, peut permettre d'améliorer l'efficacité et la productivité du programme, tout en offrant des possibilités de perfectionnement professionnel.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Étudier les possibilités de créer une trousse de formation pour les commis/les spécialistes de la planification. Cette trousse contiendrait les principaux concepts et les compétences nécessaires à la planification des rendez-vous de patients recevant un traitement systémique et la façon de les intégrer à la transformation du processus pour améliorer les flux de travail.

Recommandation n° 4. Des outils et des technologies fondés sur des données probantes devraient être utilisés pour optimiser les ressources et les processus de planification de rendez-vous en service de consultation oncologique externe et en salle de traitement systémique.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Outils d'aide à la prise de décisions cliniques** : Les outils d'aide à la prise de décisions cliniques peuvent aider les programmes locaux de cancérologie à prendre des décisions fondées sur les données probantes au sujet de la planification des rendez-vous dans les cliniques et les salles de traitement. Cela peut comprendre des outils comme des solutions d'analyse prédictive, des arbres décisionnels et des algorithmes de stratification des risques.
- **Outils d'optimisation des ressources** : Les outils d'optimisation des ressources peuvent permettre d'être plus efficient dans l'affectation des ressources des programmes locaux de cancérologie. Cela peut comprendre des outils comme la simulation par modélisation, la théorie des files d'attente et les algorithmes d'optimisation.
- **Dossier de santé électronique (DSÉ)** : Les DSÉ peuvent faciliter l'utilisation des outils de planification et d'optimisation des ressources en offrant un accès en temps réel aux renseignements sur le patient et aux outils d'aide à la prise de décisions cliniques. Cela peut aider les programmes locaux de cancérologie à prendre des décisions plus éclairées au sujet de la planification des rendez-vous dans les cliniques et les salles de traitement.
- **Mesures du rendement** : Les mesures du rendement peuvent aider les programmes locaux de cancérologie à assurer le suivi de l'efficacité de leurs processus de planification et d'optimisation des ressources. Cela peut comprendre des mesures des délais d'attente, de l'utilisation des ressources et de la productivité du personnel, ce qui peut servir à repérer les domaines d'amélioration et à suivre les progrès réalisés au fil du temps.
- **Amélioration continue** : L'amélioration continue est une démarche qui consiste à repérer et éliminer le manque d'efficacité dans les processus afin d'améliorer les résultats des patients et le rendement organisationnel. Cela comprend la surveillance continue des processus de planification, le recueil des commentaires des patients et du personnel, la mise en œuvre de changements à travers des cycles Planifier-Faire-Étudier-Agir (PDSA) prévus pour améliorer l'efficacité dans la planification et l'accès aux soins offerts aux patients.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Utiliser l'outil de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) *Systemic Treatment Quality-Based Procedures Management Tool* pour planifier l'affectation de principales ressources humaines en santé, notamment les médecins, le personnel infirmier, le personnel de pharmacie et de soutien, afin d'assurer la prestation efficiente et en temps opportun des services de soins de cancérologie. Pour de plus amples renseignements sur l'outil et son application dans le cadre

de la planification de l'affectation des ressources, veuillez envoyer un courriel à l'adresse OH-CCO_ST-QBP@ontariohealth.ca.

- Créer une grille de planification des fournisseurs de soins d'oncologie qui indique leurs tâches et responsabilités propres, en tirant parti de la matrice du champ d'activité ([Annexe B](#)) et de l'utilisation des directives médicales, comme l'information des patients, l'administration du traitement systémique et les rendez-vous de suivi.
- Assurer le suivi efficace des données et des tendances sur les volumes de patients, les types de rendez-vous et l'utilisation des ressources pour comprendre les schémas de prestation de services et repérer les domaines d'amélioration.
- Élaborer des modèles de planification selon les schémas d'utilisation et affecter des créneaux précis pour les nouvelles consultations, les débuts de traitement systémique et les rendez-vous de suivi afin d'optimiser l'utilisation des ressources et de réduire les délais d'attente. Par exemple, prévoir les rendez-vous de suivi 90 jours avant le prochain rendez-vous prévu, pour éviter ainsi d'avoir à annuler ou à reprogrammer des rendez-vous en raison de l'incertitude des horaires futurs. Cette approche permet de simplifier le processus de planification et de s'assurer que les rendez-vous sont gérés de manière efficiente sans réservation préalable inutile. Communiquer de manière proactive avec les patients et les aidants sur leurs rendez-vous de suivi, car les patients peuvent se sentir anxieux de ne pas savoir quand sera leur prochaine consultation ou pourraient appeler le centre pour s'informer, ce qui augmente la charge de travail du personnel.
- Utiliser l'analyse de données pour prendre des décisions éclairées sur le nombre optimal de ressources humaines en santé et la composition des fournisseurs de soins nécessaires pour assurer les soins au cours d'une journée, en tenant compte du volume et de la complexité des rendez-vous et des compétences nécessaires pour offrir des soins sécuritaires et efficaces.
- Envisager de mettre en œuvre un logiciel de système d'exploitation doté de capacités d'intelligence artificielle. Ce logiciel perfectionné permet une automatisation des flux de travail qui prévoit de manière précise les volumes de patients et les types de services, assurant l'affectation optimale des places ou des lits, et permettant d'optimiser les capacités des ressources. Cela permet également d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et de diminuer les délais d'attente pour les patients. Dans le cadre de la mise en œuvre, envisager d'établir des objectifs cliniques fondés sur la demande et de les intégrer aux modèles d'optimisation. Prévoir un jalonnement par période de manière régulière (p. ex., trimestrielle) tenant compte de facteurs comme les calendriers de congés reçus six mois en avance, pour permettre la planification efficace des rendez-vous. Il est également important d'intégrer les contraintes et les critères d'optimisation qui tiennent compte des préférences des médecins et du personnel, pour mieux adapter le processus de planification aux besoins et préférences de chaque personne. Il peut être envisageable d'utiliser un logiciel de planification pendant la mise en œuvre du système de gestion des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) afin de simplifier le processus.
- Collaborer avec d'autres programmes de cancérologie pour partager les données, les modèles

de planification et les pratiques exemplaires en matière d'affectation des ressources et de planification des rendez-vous.

- Participer au travail d'élaboration avec les fournisseurs de DMÉ pour concevoir et mettre en œuvre des modèles de planification répondant mieux aux besoins uniques des programmes de cancérologie, comme l'adaptation aux régimes de traitement complexes, la facilitation de la communication et de la collaboration interdisciplinaires et l'appui aux soins axés sur le patient.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Étudier les possibilités d'élaborer des outils/ratios pour aider à l'affectation des services de soins infirmiers dans la clinique.

Prestation en service d'oncologie

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les cliniques d'oncologie sont confrontées à des limites de leurs capacités alors que les patients recevant un traitement actif ont besoin de plus de rendez-vous en raison des multiples intentions de traitement et des nouveaux protocoles de traitement qui sont plus complexes et administrés sur de plus longues périodes.
- Les limites de capacités peuvent engendrer un stress et une charge de travail accrus pour les fournisseurs, ce qui peut nuire à leur capacité d'offrir des soins personnalisés et d'entretenir de bonnes relations avec leurs patients. Les fournisseurs peuvent se sentir surmenés et en arriver à un épuisement professionnel, entraînant une réduction de leur satisfaction professionnelle, des départs précoces à la retraite et un fort taux de roulement du personnel.
- Lorsque les fournisseurs ont moins de temps avec chaque patient à cause des limites de capacités ou du fardeau administratif accru, ils sont contraints d'écouter les rendez-vous et d'accorder moins d'attention à chaque personne. Il peut donc être difficile d'établir une bonne relation avec leurs patients, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la satisfaction et les résultats de ces derniers.
- Alors que le niveau de complexité des soins augmente, il peut être nécessaire d'assurer une coordination des soins en temps opportun entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire (p. ex., oncologie psychosociale, fournisseurs de soins palliatifs), ce qui peut entraîner un manque de communication et la fragmentation des soins.
 - Les patients et les membres de l'équipe d'oncologie peuvent parfois associer à tort les soins palliatifs aux soins en fin de vie. Il y a donc une crainte que la mise en place d'une approche palliative des soins tôt dans le processus morbide puisse potentiellement réduire l'espérance de vie.
- Les modèles de planification des traitements le jour même peuvent être efficaces exceptionnellement, mais il est important de bien tenir compte des difficultés et des limites associées à cette approche pour s'assurer que les patients reçoivent des soins de la plus grande qualité possible.

- Ces modèles limitent les capacités disponibles pour les rendez-vous de traitement systémique. Les fournisseurs doivent prendre les décisions relatives à la planification des traitements le jour même après avoir reçu les résultats de l'évaluation avant traitement et des analyses sanguines. Cela peut entraîner des retards, des annulations ou des ajouts de soins de soutien, renforçant la pression et les contraintes exercées sur les ressources de la salle de traitement systémique ou entraînant des trous dans les programmes, qui auraient pu être comblés par d'autres patients en attente d'un rendez-vous.
- Les modèles de planification des traitements le jour même peuvent ne pas être adaptés à tous les patients, en particulier ceux qui ont besoin d'un traitement complexe ou d'interventions spécialisées. Les fournisseurs peuvent également manquer de temps pour répondre correctement aux préoccupations et aux questions des patients, ce qui peut nuire à la satisfaction et aux résultats de ces derniers. Les modèles de planification des traitements le jour même peuvent être stressants pour les patients, qui peuvent se sentir brusqués ou accablés par leur prise en charge très rapide.
- Il est reconnu que les modèles de planification des traitements le jour même sont plus exigeants pour le personnel, ils entraînent une charge de travail et des pressions accrues pour offrir des soins sécuritaires et rapides, avec un risque d'épuisement professionnel, d'insatisfaction au travail et de mauvais rendement. Les résultats et les plans de traitement des patients doivent être examinés le jour du traitement, ce qui entraîne des retards en raison des analyses sanguines en attente, de la communication avec les membres de l'équipe concernés pour connaître leurs décisions relatives au traitement et de la vérification et la préparation des ordonnances.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ²⁷⁻³⁴

- **Réponse à la complexité accrue des soins de cancérologie** : Alors que les traitements contre le cancer deviennent de plus en plus complexes, il devient de plus en plus important de mettre en place une équipe pluridisciplinaire comprenant divers fournisseurs de soins de santé avec différents domaines d'expertise. Par exemple, un patient atteint d'un cancer à un stade avancé peut avoir besoin de l'expertise d'oncologues médicaux, de spécialistes des soins palliatifs et de fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale.
- **Gestion des pénuries de personnel** : Les cliniques d'oncologie ont souvent des problèmes de pénuries du personnel, ce qui peut mener à des délais d'attente prolongés, des diagnostics retardés et des soins de moins bonne qualité. En intégrant davantage de différentes disciplines au sein d'une équipe de soins oncologiques, les cliniques peuvent combler les pénuries en personnel et offrir des soins plus efficaces et plus rapides.
- **Offre de soins holistiques de grande qualité** : Une équipe de soins pluridisciplinaire peut offrir une approche holistique des soins, en tenant compte des besoins physiques, émotionnels et sociaux du patient. Cela permet d'améliorer la qualité des soins, la communication entre les fournisseurs et d'établir des plans de traitement plus coordonnés.
- **Amélioration de la satisfaction des patients** : En travaillant ensemble, les fournisseurs

peuvent offrir des soins plus axés sur la personne et améliorer l'expérience globale du patient. Cela permet d'améliorer sa satisfaction et ses résultats.

- **Amélioration du bien-être des fournisseurs :** Dans le cadre des soins en équipe, les tâches et les responsabilités sont attribuées aux membres concernés de l'équipe, ce qui leur permet de se concentrer sur les domaines de soins correspondant à leur formation et à leur expertise. Cela signifie que les fournisseurs peuvent travailler dans leur champ d'activité, mettre à profit leurs compétences et leurs connaissances pour offrir des soins de la plus grande qualité possible. Lorsque les fournisseurs peuvent utiliser au mieux leurs compétences, ils obtiennent une meilleure satisfaction professionnelle, ce qui peut améliorer leur bien-être.
- **Amélioration de la sécurité :** Les modèles de planification des traitements ne se déroulant pas le jour même donnent à l'équipe de soins oncologiques assez de temps pour examiner et analyser les résultats des évaluations avant traitement et d'analyses sanguines, prendre des décisions relatives au traitement et apporter des changements, ce qui réduit le risque d'erreurs ou de méprises pendant la planification et l'administration du traitement et réduit le stress imposé à l'équipe de soins.
- **Accès aux soins en temps opportun :** Lorsque cela est possible, le partage des soins entre les programmes de cancérologie d'une région, comme les hôpitaux de niveaux 1 et 2 collaborant avec des hôpitaux de niveaux 3 et 4, peut faciliter l'accès aux soins pluridisciplinaires dans un établissement plus proche du domicile du patient. En réduisant le fardeau imposé par les forts volumes de patients dans les centres de cancérologie et en permettant aux patients de recevoir des soins rapides et appropriés, les soins partagés peuvent améliorer la qualité globale de l'offre de soins de cancérologie.

Recommandation n° 5. Les programmes locaux de cancérologie devraient étoffer le type de fournisseurs intégrés aux équipes de soins en oncologie pour permettre une meilleure gestion du volume croissant de patients et de la complexité accrue des soins en service d'oncologie.

5.1. L'équipe de soins devrait être formée en fonction du patient et dans le souci d'établir des relations durables entre le patient et les fournisseurs de soins pour garantir une coordination et une continuité des soins sécuritaires et efficaces.

5.2. Les fournisseurs de soins devraient se voir aider à parfaire leurs capacités de prestation de soins axés sur la personne, de prise en compte des concepts d'oncologie palliative et psychosociale, ainsi que de satisfaction des besoins et préférences uniques de diverses personnes.

5.3. D'autres rôles devraient être intégrés au service d'oncologie :

- Oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique
- Prescripteurs suppléants (omnipraticien en oncologie, personnel infirmier praticien)
- Adjoint au médecin
- Pharmaciens
- Personnel infirmier clinicien spécialisé/personnel infirmier autorisé

5.4. Il devrait y avoir des processus d'identification et d'orientation des patients nécessitant des services d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs, ainsi que d'autres rôles de soutien aux patients (p. ex., intervenants pivots spécialisés dans l'accès aux médicaments, intervenants pivots).

5.5. Les directives médicales devraient être utilisées de manière judicieuse, permettant ainsi aux membres de l'équipe de travailler de façon autonome, de promouvoir le partage des soins ou de la supervision des patients recevant un traitement systémique et d'améliorer la gestion de la charge de travail.

5.6. Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe devraient être clairement définis et les attentes clarifiées quant à la façon dont les disciplines communiqueront entre elles et travailleront de concert à la prestation des soins aux patients.

5.7. Les programmes locaux de cancérologie devraient envisager d'étudier les possibilités de collaborer avec les hôpitaux de leur région pour les aider à gérer les visites en service d'oncologie et à offrir des soins à proximité du domicile des patients, le cas échéant (p. ex., nouvelle consultation dans les hôpitaux de niveau

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Modèle de prestation de soins en équipe** : Un modèle de prestation de soins en équipe qui comprend plusieurs professionnels de la santé ayant différentes spécialités et qui collaborent pour offrir des soins axés sur la personne peut permettre d'améliorer la coordination et la continuité des soins. Des réunions d'équipe régulières et des discussions de cas peuvent faciliter la compréhension de l'état du patient et la prise de décisions partagée entre les membres de l'équipe. En définissant clairement les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe, on assure son bon fonctionnement. Cela permet d'éviter la confusion, de réduire le chevauchement des tâches et de s'assurer que chaque membre comprend le rôle qu'il joue dans les soins offerts au patient.
- **Possibilités de formation continue** : Offrir en permanence des possibilités de formation continue portant sur les soins axés sur la personne et les soins palliatifs, ainsi que l'oncologie psychosociale. Parmi ces possibilités, on compte des ateliers, des conférences, des webinaires, des cours en ligne afin que les fournisseurs connaissent les derniers travaux de recherche, les pratiques exemplaires récentes et les tendances émergentes dans leur secteur.
- **Formation sur les compétences culturelles** : Intégrer une formation sur les compétences culturelles aux programmes de formation. Cela devrait comprendre une formation sur la diversité culturelle, la sensibilité et les répercussions des facteurs culturels sur la prise de décision en matière de soins de santé et les résultats de santé. Offrir des ressources et outils pour aider les fournisseurs à comprendre et adapter leurs soins afin de répondre aux besoins uniques des diverses personnes.
- **Planification de la main-d'œuvre** : La planification stratégique de la main-d'œuvre peut aider à déterminer les postes nécessaires et les bons candidats à ces postes, obtenant ainsi une équipe pluridisciplinaire capable de répondre aux divers besoins des patients. Cela comprend l'évaluation des compétences actuelles du personnel, la détermination des lacunes et la prévision des futurs besoins en dotation.
- **Protocoles de collaboration** : Des protocoles d'orientation bien définis et des voies de

communication clairement établies entre les fournisseurs peuvent permettre d'améliorer la coordination des soins. Pour cela, il faut notamment établir des attentes claires, des procédures normalisées pour l'orientation vers d'autres fournisseurs et assurer un échange de renseignements efficient. La mise en œuvre d'un système de gestion des dossiers de santé électroniques (DSÉ) peut simplifier le processus d'orientation, réduire le double emploi et permettre le transfert harmonieux des renseignements. Cela peut également permettre d'assurer le suivi des progrès des patients, simplifier la coordination des soins et la prise de décisions éclairées.

- **Politiques et lignes directrices** : L'élaboration de politiques et lignes directrices claires au sujet de l'application des directives médicales peut permettre de normaliser les procédures, de réduire la variabilité dans les soins et d'améliorer la sécurité des patients. Ces lignes directrices doivent être facilement consultables et régulièrement mises à jour pour refléter les dernières pratiques exemplaires.
- **Établissement de partenariats** : Établir des partenariats avec les hôpitaux régionaux peut permettre d'étendre la portée des services de cancérologie, pour offrir aux patients des soins plus proches de leur domicile. Ces partenariats peuvent également contribuer au partage des ressources, des connaissances et des pratiques exemplaires.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

Pour le point 5.2 :

- Aider le personnel à intégrer des soins axés sur la personne, y compris les concepts d'oncologie palliative et psychosociale, à leur pratique en facilitant le perfectionnement des compétences et l'établissement de systèmes respectant ces principes.

Pour le point 5.4 :

- Fournir l'accès aux mesures de résultats communiqués par le patient (MRCP) et outils de dépistage des symptômes (p. ex., questionnaire *Vos symptômes sont importants*) sur les tablettes lorsque les patients sont à leur domicile (en ligne ou par un code QR), dans la salle d'attente de la clinique ou pendant les visites de traitement. Cela permettra d'engager le dialogue et de faciliter les orientations vers les fournisseurs pluridisciplinaires appropriés.
- Une fois que l'équipe de soins oncologiques a déterminé les autres besoins du patient, les fournisseurs concernés devraient être mobilisés rapidement.
 - Pour répondre efficacement aux besoins en matière d'oncologie psychosociale, des fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale devraient être mobilisés en temps opportun. Ces professionnels jouent un rôle essentiel pour contribuer à la gestion des symptômes et de la toxicité, aider à régler les problèmes financiers, offrir des

soins individualisés et des services tenant compte des traumatismes. Consulter la page [Recommandations for the Delivery of Psychosocial Oncology Services in Ontario](#) (recommandations pour la prestation des services d'oncologie psychosociale en Ontario, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

- Concernant les besoins en soins palliatifs, les fournisseurs de soins palliatifs devraient être mobilisés rapidement pour contribuer à la gestion des symptômes complexes et aux discussions sur les objectifs de soins, en particulier avec les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé. Consultez les pages [Cadre de prestation des services de santé en soins palliatifs](#) et [Trousse à outils sur les objectifs de soins pour les services d'oncologie](#) de Santé Ontario.

Pour le point 5.5 :

- Concernant les patients recevant des soins partagés avec d'autres fournisseurs pour leur traitement systémique, les programmes de cancérologie ou les équipes spécialisées dans un siège de la maladie devraient établir une fréquence minimale et des critères pour les visites en service d'oncologie médicale, d'hématologie et de gynécologie (p. ex., une consultation au premier et au dernier cycle ou lorsque des modifications sont apportées aux soins ou au traitement).

Pour le point 5.6 :

- L'[annexe B](#) (Matrice du champ d'activité pour les fournisseurs de traitement systémique) présente une liste détaillée des tâches menées par les membres de l'équipe de soins tout au long du parcours de soins, et précise s'il est possible de partager des tâches et d'optimiser le champ d'activité.

Collaboration entre les programmes locaux/régionaux de cancérologie et Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Prévoir un agrandissement des locaux ou des emplacements supplémentaires pour les programmes de cancérologie selon les besoins actuels non satisfaits et les augmentations prévues dans la future demande de services de cancérologie.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario) pour le point 5.2 :

- Étudier les possibilités de financement de postes supplémentaires dans le cadre d'un plan de ressources humaines en santé pour le système de cancérologie ou d'une actualisation du modèle d'actes médicaux fondés sur la qualité pour les traitements systémiques.
- Élaborer des exigences normalisées en matière de formation pour les prescripteurs suppléants (omnipraticien en oncologie, personnel infirmier praticien) et les adjoints au médecin travaillant en service de consultation oncologique externe.
- Collaborer avec les programmes régionaux de cancérologie pour mieux comprendre l'état actuel des services d'oncologie psychosociale dans les centres, évaluer les répercussions sur

les patients qui ne bénéficient pas de ces services, et étudier les possibilités d'amélioration de la production de rapports et de l'accessibilité des services.

Recommandation n° 6. Un modèle de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même devrait être mis en œuvre, le cas échéant, pour réduire les temps d'attente des patients, accroître la sécurité des fournisseurs et des patients et améliorer les flux et l'efficacité du service d'oncologie.

6.1. Les programmes locaux de cancérologie devraient établir des partenariats avec des laboratoires communautaires pour permettre aux patients de réaliser leurs analyses sanguines plus près de chez eux et avoir recours à des plateformes de soins virtuels pour effectuer les évaluations préalables au traitement, lorsque cela est approprié sur le plan clinique.

6.2. Un modèle exceptionnel de traitement le jour même devrait être envisagé pour les patients qui pourraient rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Planification et coordination solides du traitement** : Un modèle de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même nécessite une planification et une coordination minutieuses pour s'assurer que les patients reçoivent les traitements appropriés au bon moment. Cela nécessite de solides processus de planification du traitement et des voies de communication claires entre l'équipe de soins oncologiques et les autres fournisseurs participant aux soins du patient.
- **Souplesse et adaptabilité** : Les modèles de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même doivent être flexibles pour s'adapter aux évolutions de l'état du patient, aux besoins en matière de traitement ou à la planification des horaires. Les fournisseurs devraient être prêts à apporter des ajustements au besoin pour s'assurer que les patients reçoivent des soins optimaux.
- **Communication claire avec les patients, les familles et les aidants** : Les modèles de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même peuvent nécessiter des changements dans le programme de traitement ou la routine du patient, ce qui peut engendrer de la confusion et de stress chez les patients, les familles et les aidants. Une bonne communication sur le plan de traitement et les attentes peut permettre d'alléger ces inquiétudes et de s'assurer que les patients se sentent soutenus et informés tout au long du processus.
- **Ressources et infrastructure adéquates** : Les modèles de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même peuvent nécessiter des ressources et une infrastructure supplémentaires pour appuyer la coordination et la prestation des soins. Cela peut comprendre du personnel, de l'équipement ou des technologies supplémentaires pour faciliter la communication et le suivi des soins offerts aux patients.
- **Amélioration continue de la qualité** : Comme dans tout modèle de soins, les modèles de planification des traitements systémiques ne se déroulant pas le jour même devraient être régulièrement examinés et évalués pour déterminer les domaines d'amélioration et apporter des changements, au besoin, afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients.
- **Partenariats communautaires** : En établissant des partenariats avec des laboratoires et des services d'imagerie diagnostique communautaires, on peut éviter aux patients les longs déplacements ou les longs délais d'attente dans les hôpitaux, ce qui rend les soins de santé plus accessibles et pratiques.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programme local de cancérologie

- Modèle idéal pour la prestation des traitements systémiques :
 - Jour 1 : Réalisation des analyses de sang du patient dans un laboratoire interne ou externe (délai de traitement <24 heures).

- Jour 2 : Examen des analyses de sang, réalisation d'une évaluation avant traitement (envisager les soins virtuels, s'il y a lieu) et vérification des prescriptions; préparation des médicaments selon les données disponibles sur la stabilité.
- Jour 3 : Préparation et administration des médicaments.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario) pour le point 6.1 :

- Étudier les possibilités de partenariats avec des laboratoires communautaires et d'accès équitable à des analyses en laboratoire, quel que soit le milieu de soins.

Recommandation n° 7. Un processus uniformisé, s'appuyant sur les directives médicales, au besoin, devrait être élaboré et mis en œuvre dans le but de définir des délais de décision de traitement opportuns pour les anomalies couramment observées ou les résultats anormaux obtenus dans le cadre des analyses sanguines et/ou de l'évaluation préalable au traitement.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Voies de communication claires :** Des voies de communication claires et efficaces entre les différents membres de l'équipe de soins oncologiques, ainsi qu'avec le patient, peuvent permettre de s'assurer que les résultats anormaux ou hors normes sont repérés et traités en temps opportuns.
- **Accès rapide aux renseignements pertinents :** Les membres de l'équipe de soins oncologiques ont besoin d'un accès rapide à des renseignements pertinents sur le patient, comme des résultats des analyses de sang ou des évaluations avant traitement, pour faciliter la prise de décisions rapide.
- **Approche pluridisciplinaire :** Une approche pluridisciplinaire quant à la prise de décisions sur le traitement peut permettre de s'assurer que les points de vue pertinents sont pris en compte lors de la détermination de la marche à suivre pour traiter les résultats anormaux ou hors normes.
- **Ressources et soutiens adéquats :** Des ressources adéquates, y compris la dotation en personnel, de l'équipement et des technologies, peuvent contribuer à repérer et prendre en charge rapidement les résultats anormaux ou hors normes.
- **Amélioration continue de la qualité :** La surveillance et l'évaluation continues des processus et résultats peuvent permettre de repérer les domaines d'amélioration et de s'assurer que l'équipe pluridisciplinaire offre les soins de la meilleure qualité possible.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programme local de cancérologie

- Le processus de prise de décisions en temps opportun concernant le traitement devrait comprendre les éléments suivants :
 - La marche à suivre pour un niveau particulier de résultat anormal/hors normes observé;
 - Les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui devraient être informés des résultats anormaux/hors normes pour la prise de décisions, les modes de communication et les autres solutions ou solutions de secours;
 - Les objectifs en matière de délais de réponse/traitement pour l'obtention d'une décision;
 - Les processus de communication aux autres membres de l'équipe quant aux changements apportés aux traitements prévus (p. ex., fonctions de messagerie sécurisée sur une plateforme comme MS Teams ou dans le dossier médical électronique, comme QCL dans MOSAIC), ainsi qu'au patient, en raison de l'incidence sur le flux de travail et la sécurité du patient.

Information des patients

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les patients doivent être soutenus et informés de façon efficace pour bien comprendre comment gérer eux-mêmes les effets secondaires du traitement systémique, y compris savoir à quoi s'attendre après le traitement et reconnaître les situations nécessitant des soins médicaux d'urgence.
- La littératie en santé désigne précisément la capacité d'une personne à comprendre et utiliser efficacement les renseignements liés à sa santé. Cela va au-delà des compétences de base et englobe les connaissances, les aptitudes et la capacité à s'orienter au sein du système de santé, à comprendre les termes médicaux, à saisir les consignes liées au traitement et à prendre des décisions éclairées sur les soins de santé.
- Les mauvais niveaux de littératie en santé chez la plupart des adultes suggèrent que de nombreuses personnes doivent avoir des difficultés à comprendre les renseignements sur leur santé. Ce manque de compréhension peut compliquer leur capacité à saisir les processus de soins, à prendre des décisions médicales éclairées et à participer de façon efficace à leurs propres soins.
- Les personnes qui ne parlent pas anglais ou dont la maîtrise de l'anglais est très limitée peuvent ne pas profiter pleinement des séances d'information pendant les consultations en clinique ou les séances de groupe.
- Les patients atteints d'un handicap ou ayant d'autres besoins spéciaux en matière d'accessibilité peuvent également avoir besoin de mesures d'adaptation pour participer pleinement à leurs soins.
- En raison du déroulement des activités de la clinique (soins infirmiers, pharmacie, etc.), le personnel peut ne pas consacrer assez de temps à l'information des patients en appliquant les pratiques exemplaires dans ce domaine (p. ex. méthode d'apprentissage par reformulation, répétition des principaux messages, documentation de l'information des patients dans le DMÉ).
- Le cancer est stigmatisé dans certaines cultures, si bien que certaines personnes peuvent avoir honte ou peur de discuter de leur maladie ou de rechercher des soutiens et des ressources pour les aider. Cela peut avoir une incidence sur leur détermination à recevoir les soins médicaux qui leur ont été recommandés ou à y participer.
- Les communautés caractérisées par de forts taux de pauvreté, des ressources de santé inadéquates et un manque d'accès à Internet peuvent rencontrer des difficultés pour accéder à des documents d'information de grande qualité et à des services de soutien pour l'autogestion. Ces conditions peuvent avoir une incidence sur la qualité de vie, l'expérience et les résultats des patients.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ³⁵⁻⁴¹

- **Autonomisation des patients** : Les patients peuvent être confrontés à des obstacles existants

(littératie en santé limitée, traduction, besoins en matière d'accessibilité, etc.) qui compliquent l'accès aux renseignements sur la santé ainsi que leur compréhension et leur utilisation. En appliquant les précautions universelles en matière de littératie en santé, on contribue à réduire l'incidence de ces obstacles pour que les patients participent à leurs soins⁴². Les patients qui comprennent bien leur état de santé et leurs options de traitement sont mieux à même de participer à leurs soins et de prendre des décisions éclairées au sujet de leur traitement.

- **Amélioration des résultats de santé** : Les patients qui ont accès aux renseignements dont ils ont besoin sont plus susceptibles d'obtenir les soins médicaux appropriés et de participer efficacement à leurs soins, ce qui peut améliorer leurs résultats de santé. Les patients qui ne comprennent pas les renseignements médicaux les concernant présentent un risque accru de faire des erreurs dans la prise des médicaments, d'obtenir un mauvais diagnostic et de subir d'autres conséquences néfastes.
- **Établissement d'un climat de confiance et de bonnes relations** : Le fait de fournir aux patients des documents d'information inclusifs peut aider à établir un climat de confiance et de bonnes relations entre les systèmes de santé, les fournisseurs et les patients. En faisant preuve de compréhension envers l'identité, la culture et la langue d'un patient, les fournisseurs montrent qu'ils sont investis dans le bien-être du patient et qu'ils s'engagent à lui offrir des soins de grande qualité.
- **Soutien de la diversité et de l'inclusion** : Des documents d'information inclusifs destinés aux patients peuvent contribuer au soutien de la diversité et de l'inclusion dans les milieux de soins. En reconnaissant et en accordant de la valeur au multilinguisme et aux différences culturelles, les fournisseurs créent un environnement plus accueillant et inclusif pour tous les patients. Offrir des ressources multilingues et inclusives permet d'appuyer la prestation de soins équitables.

Recommandation n° 8. Les patients, les familles et les aidants devraient avoir accès à des documents d'information médicale inclusifs dans la langue qu'ils maîtrisent, qui les aideraient à gérer leurs soins, à prendre des décisions éclairées et à s'impliquer activement dans leurs soins.

8.1. Les ressources devraient être fondées sur des données probantes et être conformes aux pratiques exemplaires d'information en santé, notamment celles ayant trait à :

- la rédaction en langage clair (c.-à-d., un document pouvant être lu par des personnes ayant un niveau de lecture inférieur à la 6^e année, affichant un niveau d'intelligibilité et d'utilité approprié, créé avec l'aide de patients et de représentants des familles);
- la représentation plus diversifiée de la population (p. ex., mention d'effets indésirables pouvant varier selon la couleur de peau, emploi de termes inclusifs et prise en compte des différentes considérations culturelles)

8.2. Les ressources devraient être accessibles à tous, à savoir :

- être conformes aux exigences de la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (p. ex., images accompagnées de légendes).
- être traduites en plusieurs langues;
- être offertes sous différents formats (p. ex., Web, papier, vidéo, audio).

8.3. Une bibliothèque de ressources d'information multilingues et inclusives, rédigées en termes simples, devrait être créée à l'échelle provinciale.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Mobilisation des organismes communautaires** : Les organismes communautaires peuvent jouer un rôle important dans l'offre de soutiens et de ressources pour créer des documents d'information inclusifs et multilingues destinés aux patients. Ils peuvent également aider à s'assurer que ces documents respectent la culture des patients et répondent aux besoins des membres de leur communauté.
- **Accès à des services d'interprétation et de traduction** : Faciliter l'accès à des interprètes et traducteurs professionnels pour assurer une traduction exacte et le respect de la culture des patients dans les documents d'information qui leur sont destinés, on réduit ainsi le risque de malentendus et on facilite une bonne compréhension des renseignements médicaux par les patients.
- **Accès aux technologies et ressources** : L'accès aux technologies et ressources, comme des logiciels multilingues et des services de traduction, peut aider les fournisseurs de soins de santé à élaborer et distribuer des documents d'information des patients dans plusieurs langues. Cela peut permettre d'étendre la portée et l'accessibilité de ces documents.
- **Formation destinée aux fournisseurs de soins de santé** : Les fournisseurs de soins de santé peuvent tirer parti d'une formation sur l'élaboration et l'utilisation des documents d'information des patients respectueux de la culture et inclusifs. Cela peut leur permettre de renforcer leur compréhension des compétences culturelles et leur capacité à communiquer efficacement avec les patients de différentes origines ethniques et identités.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Collecter des renseignements détaillés sur les préférences des patients et les exigences en matière de culture, d'identité et de langue.
- Les documents doivent être accessibles dans plusieurs formats (p. ex., papier, vidéo, multimédia) et facilement consultables par les patients, les familles et les aidants dans tous les milieux (cliniques, site Web de l'hôpital, portail des patients, plateformes numériques, etc.).
- Envisager d'offrir l'accès à des outils interactifs et des programmes d'information numériques sur les tablettes ou les appareils mobiles personnels pour renforcer l'information pendant que les patients attendent leur rendez-vous à la clinique ou reçoivent des traitements.
- Fournir les coordonnées des personnes à contacter pour les questions de suivi liées aux documents d'information.
-

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Assurer la coordination avec les partenaires régionaux pour élaborer des ressources

d'information des patients normalisées et de grande qualité, et faciliter l'accès à celles-ci.

- Travailler avec les équipes Santé Ontario pour améliorer la diffusion des documents d'information.

Vérification des prescriptions et préparation des médicaments

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les pharmacies spécialisées en oncologie ont souvent une forte demande de services en raison de la nature complexe du traitement du cancer et de forts volumes de cas. Les protocoles de traitement du cancer contiennent un nombre croissant de médicaments avec des exigences spécifiques en matière de reconstitution. Le manque de ressources humaines en santé ayant les connaissances et l'expertise requises limite les capacités de ces pharmacies, ce qui peut entraîner des retards dans l'administration du traitement.
- Le personnel de pharmacie peut avoir à assumer d'autres responsabilités et à faire des heures supplémentaires pour s'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin. Ceci peut le mener à l'épuisement, à une baisse de la satisfaction professionnelle, et entraîner une hausse du taux de roulement, des microtraumatismes répétés pour les techniciens en pharmacie et un risque accru de commettre des erreurs.
- La pénurie de personnel peut également engendrer une baisse de la qualité des soins offerts aux patients, car les pharmaciens peuvent manquer de temps et de ressources pour offrir des soins complets à chaque patient. À cause de cela, les patients peuvent se sentir insatisfaits quant à leurs soins et à leurs résultats de santé.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁴³⁻⁴⁹

- **Amélioration de l'efficacité** : Le modèle de vérification mutuelle par les techniciens suppose le recours à des techniciens en pharmacie formés et qualifiés pour vérifier avec précision les médicaments/diluants et le volume des médicaments retiré par un autre technicien. Cette approche peut permettre de simplifier les processus de préparation des traitements systémiques et de réduire la charge de travail des pharmaciens. Cela permet aux pharmaciens de se concentrer sur les tâches plus complexes liées aux soins des patients (counseling, gestion de la toxicité, etc.), améliorant ainsi l'efficacité de la pharmacie spécialisée en oncologie.
- **Amélioration de la satisfaction professionnelle** : Le modèle de vérification mutuelle par les techniciens peut améliorer la satisfaction professionnelle des techniciens en pharmacie, car il leur permet d'assumer davantage de responsabilités et de jouer un rôle plus actif dans les soins offerts au patient.
- **Renforcement de l'accès aux soins** : La vérification des prescriptions et la préparation des médicaments à distance peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, en particulier ceux qui vivent dans des régions rurales, éloignées et sous-desservies. En utilisant la technologie (p. ex., systèmes de gestion des flux de production des médicaments intraveineux en pharmacie), le personnel de pharmacie en oncologie peut étendre ses services au-delà de ses emplacements physiques.

Recommandation n° 9. Un modèle de vérification mutuelle par les techniciens devrait être adopté pour la préparation des traitements systémiques afin de garantir le suivi de pratiques sécuritaires et efficaces, renforçant ainsi la satisfaction des techniciens en pharmacie, tout en permettant aux pharmaciens de se concentrer sur des activités propres à leur champ d'exercice.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Formation complète :** Pour assurer la sécurité et l'efficacité du modèle de vérification mutuelle par les techniciens, il est important que les techniciens en pharmacie reçoivent une formation complète sur la préparation des médicaments, le contrôle de la qualité et les protocoles de sécurité. Cette formation doit porter sur tous les aspects liés à la préparation des médicaments et à la vérification par les techniciens, ainsi que sur les exigences précises du modèle de vérification mutuelle par les techniciens.
- **Normalisation des processus :** Les processus normalisés sont essentiels pour s'assurer que le modèle de vérification mutuelle par les techniciens est mis en œuvre de façon uniforme et efficace. Ces processus doivent énoncer les tâches précises qui sont autorisées dans le cadre du modèle de vérification mutuelle par les techniciens, ainsi que les procédures de vérification et de documentation de la préparation des médicaments.
- **Communication claire :** Une communication efficace est essentielle à la réussite du modèle de vérification mutuelle par les techniciens. Les techniciens en pharmacie doivent communiquer de façon claire et efficace entre eux, ainsi qu'avec les pharmaciens et les autres membres de l'équipe de soins oncologiques. Cela peut permettre de s'assurer que les médicaments sont préparés et vérifiés de façon précise et efficiente.
- **Soutien technologique :** La technologie peut jouer un rôle important dans la réussite du modèle de vérification mutuelle par les techniciens. Les systèmes d'automatisation de la pharmacie, les dossiers de santé électronique (DSÉ) et d'autres solutions technologiques peuvent aider à simplifier les processus de préparation et de vérification des médicaments, réduisant ainsi le risque d'erreur et améliorant l'efficacité du flux de travail.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Avoir recours à des techniciens en pharmacie qualifiés et spécialement formés (asepsie et préparation des médicaments dangereux) pour valider les médicaments préparés par un autre technicien.

- Prévoir assez de temps pour la formation et les séances d'information afin de permettre aux techniciens en pharmacie de se perfectionner à cette tâche.
- Consulter la page [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) pour connaître les exigences en matière de formation et d'éducation pour la préparation du traitement systémique.

Recommandation n° 10. Les établissements ayant du mal à assurer une préparation efficace des médicaments, disposant d'un espace physique limité ou rencontrant des problèmes de dotation et de gaspillage de médicaments devraient envisager de se tourner vers un processus de vérification à distance des prescriptions ou à un processus régional de préparation et de prestation de traitements systémiques.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Infrastructure technologique** : La vérification des prescriptions et la préparation des médicaments à distance exigent une infrastructure technologique robuste pour soutenir la transmission sécurisée des renseignements sur les patients, des prescriptions de médicaments et d'autres données. Cela pourrait comprendre les dossiers de santé électroniques, les systèmes d'information de pharmacie, les systèmes de gestion des flux de production des médicaments intraveineux en pharmacie, les systèmes robotisés et d'autres solutions technologiques qui facilitent l'accès et la collaboration à distance.
- **Processus de contrôle de la qualité** : Les processus de contrôle de la qualité sont essentiels pour assurer la sécurité et l'efficacité de la préparation des médicaments, en particulier lorsque cela est fait à distance. Cela peut comprendre une double vérification des prescriptions médicales, une vérification des renseignements sur les patients, et le respect des protocoles de sécurité établis.
- **Formation et soutien du personnel** : Les membres du personnel participant à la vérification et à la préparation des prescriptions à distance doivent avoir reçu une formation spécialisée pour veiller à ce qu'ils comprennent bien les processus et procédures dont il est question, ainsi que l'importance d'assurer la sécurité des patients. Il peut s'agir de formations sur les processus de contrôle de la qualité, les protocoles de préparation des médicaments et les outils technologiques.
- **Collaboration avec les fournisseurs de soins de santé** : Une collaboration efficace avec les

fournisseurs de soins de santé est essentielle à la réussite des processus de vérification des prescriptions et de préparation des traitements systémiques. Cela peut comprendre une communication régulière avec les médecins, le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour s'assurer que les prescriptions de médicaments sont exactes et que les patients reçoivent les soins appropriés.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Consulter la page [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) pour connaître les exigences en matière de formation et d'éducation pour la préparation du traitement systémique.

Distribution et administration des traitements en milieu communautaire

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Lorsqu'un traitement systémique est prescrit en milieu hospitalier et distribué, préparé ou administré en milieu communautaire, il existe un risque de mauvaise communication entre les différents établissements. Cela peut entraîner un dosage inapproprié, l'omission de doses et d'autres erreurs médicamenteuses.
- Si la distribution, la préparation ou l'administration des traitements systémiques se fait en milieu communautaire, il peut y avoir des retards dans la livraison du médicament au patient. Ces retards peuvent à leur tour causer un retard dans l'administration du traitement, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur les résultats du patient.
- Les traitements systémiques nécessitent des procédures de conservation et de manipulation spéciales pour préserver leur efficacité et assurer la sécurité des patients. Si les médicaments sont transportés d'un établissement à un autre, il y a un risque de mauvaise conservation ou manipulation, ce qui peut nuire à l'efficacité et à l'innocuité du traitement.
- Les traitements systémiques sont complexes et les personnes qui les préparent, les distribuent et les administrent doivent bénéficier d'une formation et d'une expertise spécialisées pour assurer la sécurité des patients. Si le personnel d'un établissement en milieu communautaire où des médicaments sont préparés, distribués ou administrés n'est pas correctement formé ou qualifié en matière de manipulation de ces médicaments, il existe un risque d'erreur médicale ou d'effet indésirable grave, qui aura une incidence négative sur les résultats du patient.
- Lorsque la préparation, la distribution et l'administration du traitement systémique se font en milieu communautaire, il peut être difficile d'offrir des soins axés sur la personne complets et de bonne qualité. Alors que certains soins peuvent être dispensés plus près du domicile, certains patients peuvent être tenus de se déplacer dans d'autres établissements pour recevoir leur traitement, ce qui peut représenter un fardeau et du stress, et ils peuvent ne pas bénéficier du même niveau de soutien et de ressources que dans un établissement de traitement systémique.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ^{50,51,60-65,52-59}

- **Communication et collaboration efficaces** : Il est essentiel de veiller à une bonne communication et une collaboration efficace entre l'hôpital et les établissements communautaires pour s'assurer que les médicaments sont vérifiés, préparés, distribués et administrés correctement. Tous les fournisseurs participant aux soins des patients doivent avoir accès aux mêmes renseignements sur la santé et doivent collaborer pour régler tout problème émergent.
- **Amélioration de la sécurité** : La formation et l'information supplémentaires sur l'oncologie destinées aux fournisseurs communautaires contribuent à améliorer la sécurité liée à l'usage des médicaments, en s'assurant que les médicaments sont vérifiés, préparés, distribués et administrés correctement, et que les patients reçoivent des soins de soutien appropriés tout au long du traitement.
- **Amélioration de l'efficacité** : La collaboration et la communication entre l'hôpital et les

établissements communautaires peuvent aider à simplifier les processus de vérification, de préparation, de distribution et d'administration, réduisant ainsi la probabilité de retards ou d'erreurs dans le traitement.

- **Amélioration des résultats des patients** : La collaboration peut également contribuer à améliorer les résultats des patients et leur qualité de vie. Cela peut comprendre la réduction du risque d'effets indésirables, la diminution des délais de traitement et l'assurance que les patients bénéficient des soins de soutien appropriés pour gérer les effets indésirables.

Recommandation n° 11. Un processus de vérification clinique en deux étapes devrait être mis en place pour les traitements distribués (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et administrés (p. ex., perfusions, injections) en milieu communautaire afin de prévenir tout préjudice grave ou effet indésirable pouvant résulter d'erreurs de médication.

11.1. Les établissements communautaires qui distribuent (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) ou administrent (p. ex., injections, perfusions) un traitement systémique devraient avoir accès à des ordonnances s'accompagnant des renseignements complémentaires (p. ex., résultats des analyses en laboratoire, paramètres cliniques, plan de soins) nécessaires à l'exécution du processus de vérification clinique.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Collaboration entre les programmes de cancérologie et les pharmacies communautaires** : La communication et la collaboration entre les programmes locaux de cancérologie et les pharmacies communautaires peuvent permettre de s'assurer que les prescriptions sont bien vérifiées. Cela peut comprendre l'établissement de processus pour la vérification des prescriptions et la communication entre les deux établissements.
- **Prescriptions électroniques** : La prescription électronique permet d'envoyer directement les prescriptions des programmes locaux de cancérologie aux pharmacies communautaires, il n'est donc plus nécessaire de les envoyer par télécopieur. Cela peut permettre de s'assurer que la prescription est reçue et vérifiée rapidement et avec précision par la pharmacie communautaire.
- **Consentement du patient** : Le consentement est essentiel pour la transmission des renseignements sur la santé du patient entre fournisseurs de soins de différents milieux. En obtenant le consentement du patient, les programmes locaux de cancérologie peuvent transmettre des renseignements de santé pertinents aux établissements communautaires distribuant ou administrant le traitement pour la vérification des prescriptions.
- **Accès aux renseignements sur la santé des patients** : La transmission des renseignements sur la santé des patients des programmes locaux de cancérologie aux établissements communautaires distribuant ou administrant le traitement est essentielle à la vérification des

prescriptions. Envisager d'utiliser des plateformes existantes comme le réseau du Visualiseur clinique de ConnexionOntario.

- **Échange de renseignements sur la santé (ÉRS)** : Les outils d'ÉRS, comme ConnexionOntario, facilitent la transmission de renseignements sur santé du patient entre les fournisseurs de soins, y compris les programmes locaux de cancérologie et les établissements communautaires distribuant et administrant le traitement. En participant à un ÉRS, les établissements de traitement systémique peuvent transmettre de façon sécurisée les renseignements sur la santé du patient aux établissements communautaires distribuant et administrant le traitement pour la vérification des prescriptions.
- **Messagerie sécurisée** : Les plateformes de messagerie sécurisée permettent la transmission sécurisée des renseignements sur la santé du patient entre fournisseurs de soins de santé. Les programmes locaux de cancérologie peuvent utiliser ces plateformes pour communiquer avec les établissements communautaires distribuant et administrant le traitement au sujet de la vérification des prescriptions.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie et partenaires communautaires

- La première vérification doit avoir lieu à l'échelle des programmes locaux de cancérologie, puis une deuxième vérification est réalisée dans les établissements communautaires distribuant et administrant le traitement, conformément aux exigences réglementaires professionnelles.
- Envisager d'utiliser des notes supplémentaires sur les prescriptions ou d'envoyer un dossier de renseignements sur les patients avec chaque prescription si les outils d'ÉRS, la messagerie sécurisée ou l'accès aux DSÉ n'ont pas été mis en place avec l'établissement communautaire distribuant et administrant le traitement.
- Consulter les pages [Enhancing the Delivery of Take-Home Cancer Drugs](#), [Clinical Verification of Cancer Drug Prescriptions Checklist: Cancer Centres and Specialty Pharmacies](#) et [Enhancing the Delivery of Oncology Systemic Treatment in the Home and Community in Ontario Recommendations Report](#) (en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Utiliser les plateformes existantes (p. ex., PrescripTion^{MC} d'InfoRoute Santé du Canada) pour permettre la communication rapide et l'échange harmonieux de renseignements entre l'hôpital et les fournisseurs communautaires.

Recommandation n° 12. La distribution (p. ex., médicaments anticancéreux pris à domicile) et/ou l'administration (p. ex., injections, perfusions) des traitements systémiques devraient être assurées par des établissements communautaires désignés ayant reçu une formation complémentaire pour veiller à ce que les soins et médicaments soient gérés de manière uniforme tout au long du traitement des patients.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Partenariats et collaborations** : Les partenariats et collaborations entre les organismes de soins de santé, les établissements d'enseignement et les autres intervenants peuvent aider à fournir l'accès à des ressources d'information et de formation, ainsi qu'à faciliter le partage des connaissances et des pratiques exemplaires.
- **Programmes de sensibilisation** : Les programmes de sensibilisation, dans le cadre desquels les fournisseurs reçoivent la visite de formateurs ou d'agents d'éducation qui délivrent l'information et la formation sur place, peuvent être efficaces pour toucher les fournisseurs en milieu communautaire.
- **Plateformes d'apprentissage en ligne** : Les plateformes d'apprentissage en ligne, comme les webinaires, les modules d'apprentissage en ligne et les cours en ligne, constituent un moyen pratique et accessible de fournir de l'information et une formation sur l'oncologie aux fournisseurs en milieu communautaire.
- **Soutien par les pairs et mentorat** : Le soutien par les pairs ou le mentorat assuré par des fournisseurs de programmes locaux de cancérologie peut faciliter l'apprentissage et le perfectionnement des partenaires communautaires dans le domaine de l'oncologie.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie et partenaires communautaires

- Les rôles, les responsabilités et des voies de communication clairement définis devraient être établis entre les équipes de soins oncologiques et les partenaires communautaires pour faciliter une approche intégrée des soins (p. ex., un seul intervenant dans les programmes locaux de cancérologie, l'accès au dossier médical électronique du patient).
- L'éducation et la formation devraient comprendre des éléments comme la compréhension des composantes essentielles des prescriptions de traitement systémique et la nécessité de confirmer la surface corporelle s'il y a lieu pour valider les doses du médicament; le rôle dans l'éducation des patients; les étapes pour améliorer la sécurité du patient et du personnel.
- Ce modèle serait mieux appliqué en sélectionnant les établissements où se rendent fréquemment les patients des programmes locaux de cancérologie.
- Consultez la page [Enhancing the Delivery of Take-Home Cancer Drugs](#) (Améliorer la

prestation des médicaments contre le cancer à domicile, en anglais seulement) pour connaître les composantes d'une prescription nécessaires à la réalisation de la vérification clinique.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Étudier les possibilités de collaborer avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario au sujet des normes d'éducation et formation pour les praticiens communautaires qui distribuent des médicaments contre le cancer à emporter à domicile.

Prestation de services en salle de traitement systémique

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les salles de traitement systémique ont des capacités limitées en raison du nombre de patients recevant un traitement actif et de la complexité accrue des protocoles de traitement. Ceci entraîne une hausse de nombre de médicaments par protocole sur une durée prolongée. Certains traitements exigent des périodes de perfusion plus longues ou de l'équipement spécialisé, ce qui peut limiter le nombre de patients traités en même temps.
- De nombreuses salles de traitement systémique sont conçues dans un espace limité, ce qui peut empêcher d'accueillir les patients et de réaliser d'autres activités que l'administration du traitement systémique (p. ex., évaluations, prélèvements sanguins). Cela peut être dû à l'emplacement de la salle, à la taille de l'établissement ou aux ressources ou financements disponibles pour agrandir l'espace.
- La disponibilité limitée de l'équipement, comme les places de traitement ou les pompes à perfusion, peut également limiter la capacité de la salle de traitement systémique. Ceci peut être dû à des contraintes budgétaires ou à des difficultés à obtenir l'équipement nécessaire.
- Le manque de personnel peut également contribuer aux capacités limitées des salles de traitement systémique. Il se peut qu'il n'y ait pas assez de fournisseurs spécialisés disponibles pour administrer le traitement, surveiller les patients ou gérer les soins pour les patients recevant un traitement systémique.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ^{66,67}

- **Traitement en temps opportun** : Les patients recevant un traitement systémique ont besoin que cela soit fait en temps opportun pour obtenir les meilleurs résultats possibles. L'optimisation des capacités dans la salle de traitement systémique permet de s'assurer que les patients reçoivent leur traitement à temps, réduisant ainsi le risque de retards ou d'interruption qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leurs résultats. Ceci peut également permettre d'alléger l'anxiété et le stress des patients et d'améliorer leur expérience globale.
- **Utilisation optimale des ressources** : La salle de traitement systémique est très demandée. Le transfert de certaines activités (non liées à l'administration du traitement contre le cancer, comme les évaluations avant traitement, les prélèvements sanguins et les soins de

soutien) dans d'autres salles de l'hôpital ou de l'établissement communautaire peut permettre d'assurer l'utilisation efficace et efficiente des places ou des lits, réduisant les retards pour les patients nécessitant un traitement le jour même ou la nécessité de reprogrammer les rendez-vous des patients.

- **Satisfaction et maintien en poste des fournisseurs** : L'attribution équitable des tâches au personnel infirmier peut aider à réduire le stress et les déséquilibres dans la charge de travail, d'améliorer la satisfaction professionnelle et de réduire le risque d'épuisement. L'épuisement professionnel peut mener à de forts taux de roulement du personnel, ce qui peut être coûteux et néfaste pour la continuité des soins. En réduisant le risque d'épuisement professionnel, on améliore les chances de maintenir en poste du personnel infirmier qualifié et expérimenté.
- **Amélioration de la sécurité des patients et des soins de grande qualité** : Lorsque les cliniciens sont surchargés ou épuisés, les risques d'erreurs et d'effets indésirables augmentent. Offrir au personnel un équilibre quant au nombre de patients attribués permet de s'assurer que les cliniciens disposent du temps et des ressources nécessaires pour offrir des soins de grande qualité, en toute sécurité, et réduit le risque d'erreurs et d'effets indésirables.
- **Amélioration de l'accès aux soins** : Si cela est possible, le partage des soins entre les programmes de cancérologie d'une région, comme les hôpitaux de niveaux 1 et 2 collaborant avec des hôpitaux de niveaux 3 et 4, peut améliorer l'accès aux soins de cancérologie en permettant aux patients de recevoir un traitement systémique dans un établissement plus proche de chez eux. Cette stratégie peut alléger le fort volume de patients dans les centres de cancérologie et permettre aux patients de recevoir des soins appropriés en temps opportun de façon plus pratique.

Recommandation n° 13. Les programmes locaux de cancérologie devraient étudier les possibilités d'optimisation des flux de travail, veiller à une répartition efficace des ressources et assurer le suivi des affectations de personnel infirmier aux patients et du nombre quotidien de préparations de traitement systémique de sorte à gérer efficacement les volumes croissants de patients et de traitements en salle de traitement systémique.

13.1. Les affectations de personnel infirmier aux patients doivent être réparties équitablement tout au long de la journée.

13.2. Le volume de préparations pharmaceutiques pouvant être effectuées quotidiennement par le personnel de pharmacie devrait tenir compte du nombre de techniciens en pharmacie en poste, du nombre et de la capacité des postes de sécurité microbiologique (PSM) ainsi que de toute technologie servant à la préparation (p. ex., solutions de gestion des flux de production des médicaments intraveineux ou robots).

13.3. Il est recommandé d'effectuer les évaluations de traitement à mi-parcours (p. ex., les jours 8 et 15) à distance ou en personne, avant que l'infirmier ou l'infirmière responsable de l'administration du traitement ne se présente auprès du patient pour la mise en place de la perfusion.

13.4. Il est recommandé de créer des ordonnances préapprouvées comportant des paramètres cliniques pour éviter les retards ou les interruptions inutiles le jour du traitement (p. ex., au moyen de directives médicales intégrées aux protocoles de traitement du système de saisie électronique des ordonnances par les médecins).

13.5. Le comité pharmacothérapeutique de l'hôpital devrait passer en revue et approuver le temps de consultation des patients participant à des essais cliniques pour veiller à son utilisation judicieuse

13.6. Les programmes locaux de cancérologie devraient s'associer à d'autres services de l'hôpital (p. ex., l'unité de médecine de jour) pour offrir des soins d'intervention de soutien (p. ex., hydratation, perfusion de produits sanguins).

13.7. Les programmes locaux de cancérologie devraient envisager d'identifier les moyens par lesquels ils peuvent aider les hôpitaux de leur région à améliorer l'accès des patients au traitement, le cas échéant (p. ex., administration du traitement initial dans les hôpitaux de niveau 1 ou 2, avec administration du traitement subséquent dans les hôpitaux de niveau 3 ou 4).

13.8. Il est recommandé d'orienter les patients devant faire l'objet de soins d'intervention de soutien ou d'injections (p. ex., d'hydratation ou d'hormones) vers les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC), les pharmacies communautaires participantes, ainsi que les services d'injection communautaires. Par ailleurs, les patients répondant aux critères établis peuvent apprendre à réaliser eux-mêmes leurs injections grâce à une formation appropriée ou disposer d'un aidant chargé de les aider à effectuer leurs injections.

13.9. En cas de recours à des services de thérapie intraveineuse privés, les programmes locaux de cancérologie devraient mettre en place des mécanismes de supervision par le biais d'un protocole d'entente (PE), conformément aux dispositions du document intitulé [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment](#) (Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique).

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Planification des capacités** : La planification des capacités consiste à prévoir la demande des patients en traitement systémique et à planifier les ressources nécessaires pour y répondre. Cela demande d'anticiper le nombre de patients qui devraient avoir besoin d'un traitement systémique, le nombre de places en service de traitement systémique et les pompes à perfusion et le personnel nécessaires pour assurer l'offre de soins.
- **Prolongation des heures d'ouverture** : Les programmes locaux de cancérologie peuvent envisager de prolonger leurs heures d'ouverture pour accueillir plus de patients. Il peut s'agir d'une mesure temporaire ou d'une solution lorsqu'il est impossible d'agrandir la taille de la salle.
- **Programmation des patients** : La programmation des patients peut permettre d'optimiser l'utilisation des ressources existantes, comme les places de traitement, les pompes à perfusion et le personnel. Cela peut comprendre la mise en œuvre

d'algorithmes de planification pour faire concorder les besoins des patients avec les ressources disponibles ainsi que réserver certaines ressources aux soins imprévus (p. ex., places de renfort). Cela demande également de surveiller l'utilisation des ressources et d'apporter des ajustements, au besoin.

- **Simplification des processus** : La simplification des processus, comme celui d'inscription et d'admission des patients, de préparation des médicaments et d'évaluation après traitement, peut aider à optimiser l'utilisation des ressources existantes en réduisant les délais d'attente et le temps passé par les patients dans la salle de traitement systémique. Cela peut passer par l'utilisation de technologies d'automatisation du processus de vérification, la création d'un espace dédié aux activités autres que l'administration du traitement systémique et par la formation du personnel pour gérer efficacement les flux de patients.
- **Gestion de la charge de travail du personnel infirmier et de pharmacie** : La gestion efficace de la charge de travail du personnel infirmier est essentielle pour assurer des soins sécuritaires de grande qualité dans la salle de traitement systémique. Pour cela, il faut attribuer au personnel infirmier un nombre approprié de patients et lui fournir les ressources et le soutien nécessaires à l'offre de soins sécuritaires et efficaces. La charge de travail du personnel de pharmacie doit également être prise en compte; il faut notamment établir une limite quant au nombre de vérifications et de préparations des médicaments à effectuer quotidiennement en fonction de la disponibilité des pharmaciens et des techniciens en pharmacie, du nombre et de la capacité des PSM et de la présence d'autres technologies (solutions de gestion des flux de production des médicaments intraveineux ou robots).
- **Souplesse du système de dotation** : Il est important d'avoir un système de dotation souple pour gérer les volumes de patients dans la salle de traitement systémique. Pour cela, il faut notamment avoir une réserve de personnel en soins infirmiers et de pharmacie à qui faire appel au besoin pour répondre aux demandes de patients, et avoir la capacité d'ajuster les niveaux de dotation en fonction des volumes.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

Pour le point 13.1.

- Utiliser des outils fondés sur les données probantes pour évaluer l'acuité des besoins des patients afin d'attribuer au personnel infirmier des tâches de façon plus équitable^{20,68}.
- Échelonner les heures de début (p. ex., en commençant le traitement au poste de soins infirmiers à 8 h 15, 8 h 30 et 8 h 45) pour améliorer le flux de patients.

- Éviter les bols intraveineux successifs pour éviter les microtraumatismes répétés.
- Réduire le nombre de lancement de nouveaux traitements systémiques par service de soins infirmiers, car il s'agit d'une activité plus intensive en ressources (p. ex., information des patients, répondre aux questions et préoccupations).
- Regrouper les patients recevant le même traitement (p. ex., même service de soins infirmiers, même date de début) pour faciliter l'information des patients et l'apprentissage en groupe de soutien.
- Intégrer un mélange de traitements longs et courts par service de soins infirmiers pour équilibrer la charge de travail.
- Envisager de limiter le nombre de traitements vérifiés, préparés et administrés quotidiennement pour réduire les risques posés à la santé et la sécurité du personnel infirmier et de pharmacie, respectivement.

Pour le point 13.2 :

- Mener une évaluation infirmière en personne ou virtuelle la veille du traitement.
 - Veiller à ce qu'un médecin prescripteur soit disponible si un patient a besoin d'interventions médicamenteuses (p. ex., installation à domicile de solutions d'hydratation, prescriptions envoyées dans une pharmacie communautaire) **ou**
- Effectuer une évaluation clinique le jour même avec des fournisseurs dédiés (p. ex., prescripteurs suppléants/adjoints au médecin, personnel infirmier, pharmaciens).
 - Prévoir les consultations des patients avant le traitement en dehors de la salle de traitement systémique.

Pour le point 13.3 :

- Il faut avoir recours à d'autres professionnels (tel que décrit à la recommandation 5.2), si possible, pour assurer les évaluations de traitement à mi-parcours et optimiser l'utilisation des compétences de chacun.

Pour le point 13.4 :

- Étudier les possibilités de partager l'élaboration des protocoles pour repérer les domaines où il est envisageable de discuter à l'échelle locale de la simplification du processus d'approbation.

Pour le point 13.5 :

- Veiller à ce que l'autre établissement administrant des soins de soutien réponde aux critères d'administration des produits sanguins et qu'un processus soit en place pour surveiller et gérer les réactions.

Pour le point 13.7 :

- Confirmer que des fonds sont disponibles pour l'administration en milieu communautaire (p. ex., programme d'accès exceptionnel).

Pour le point 13.8 :

- Consulter la page [Regional Models of Care for Systemic Treatment: Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment.](#)
(Modèles régionaux de soins pour le traitement systémique : normes d'organisation et de prestation du traitement systémique).

***Santé Ontario (Action Cancer
Ontario) pour le point 13.1 :***

- Étudier les possibilités d'adopter ou d'élaborer un outil pour contribuer à l'attribution des tâches de soins infirmiers dans la salle de traitement systémique.

Surveillance proactive, gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments, soins non programmés

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Il est de plus en plus nécessaire de mobiliser en temps opportun une équipe pluridisciplinaire de fournisseurs pour contribuer à la gestion des symptômes complexes et de la toxicité.
- La surveillance proactive et la gestion des symptômes et de la toxicité exigent des efforts coordonnés entre les différents fournisseurs et établissements de soins de santé. Cela peut être difficile en raison des écarts dans les systèmes de communication, milieux de soins et programmes des fournisseurs, ainsi qu'en raison des problèmes et iniquités en matière d'accès à un fournisseur de soins primaires régulier.
- La surveillance proactive et la gestion des symptômes et de la toxicité sont des tâches qui peuvent nécessiter de nombreuses ressources, du personnel supplémentaire, une formation et certaines technologies. La mise en œuvre efficace de ces interventions par les fournisseurs de soins de santé peut être compliquée par les ressources limitées.
- La normalisation des outils d'évaluation des symptômes et de la toxicité, ainsi que des protocoles de gestion peut être difficile en raison des différences dans les populations de patients, les régimes de traitement et les milieux de soins.
- Il peut être complexe de collecter et de gérer les données liées aux symptômes et aux effets indésirables, en particulier lorsque plusieurs fournisseurs et milieux de soins sont concernés. Il peut également être compliqué d'assurer l'exactitude et l'exhaustivité des données.
- Les patients peuvent être réticents à déclarer leurs symptômes ou effets indésirables ou peuvent ne pas être conscients de l'importance de la surveillance de leurs symptômes ou effets indésirables. Ils peuvent également avoir du mal à utiliser les outils de surveillance ou ne pas avoir accès aux technologies nécessaires.
- La communication entre les patients et les fournisseurs de soins de santé peut être compliquée, en particulier en cas de soins virtuels, lorsque les indications non verbales sont limitées. Les patients peuvent également avoir du mal à communiquer leurs symptômes ou effets indésirables de façon claire et compréhensible pour les fournisseurs.
- Les patients atteints d'un cancer peuvent être confrontés à des retards d'accès aux soins d'urgence, en raison de plusieurs facteurs, notamment un manque de processus officiels et les places limitées ou le manque de disponibilité des fournisseurs.
- Dans les cas où il n'y a pas de processus de soins d'urgence en place, les patients atteints d'un cancer, y compris ceux en crise ou ayant besoin de soins palliatifs, sont plus susceptibles de se rendre en salle d'urgence. Ils peuvent être confrontés à de longs délais d'attente, à une plus forte exposition aux infections et recevoir des soins de fournisseurs qui n'ont pas le même niveau d'expertise dans la prise en charge des symptômes ou effets indésirables liés au cancer que les équipes de soins oncologiques. Il peut aussi y avoir un manque de renseignements cliniques pertinents sur les patients en l'absence de système provincial de gestion des dossiers médicaux électroniques (DMÉ).

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁶⁹⁻⁷⁸

- **Détection précoce** : La surveillance proactive peut permettre de détecter rapidement les complications et les effets indésirables dus au traitement contre le cancer, ce qui peut améliorer les résultats et les chances de réussite du traitement.
- **Amélioration de la qualité de vie** : Les patients peuvent présenter des symptômes et des effets indésirables, comme la douleur, la fatigue, la nausée et la dépression. La gestion proactive des symptômes et de la toxicité peut permettre d'alléger ces symptômes ou ces cas de toxicité, d'améliorer la qualité de vie et de réduire le risque d'interruption ou d'arrêt du traitement ou de diminution des doses.
- **Soins préventifs** : La surveillance proactive peut également éviter les complications et les effets indésirables. Par exemple, en repérant des interactions entre de nouveaux médicaments ou en recommandant des mesures de soins de la peau pour prévenir les éruptions cutanées.
- **Autonomisation des patients** : En offrant aux patients les outils et ressources nécessaires pour repérer, surveiller et comprendre leurs symptômes et effets indésirables, on leur permet d'être plus engagés dans leurs soins et de jouer un rôle actif dans la gestion de leur santé.
- **Amélioration de la communication** : La surveillance proactive et la gestion des symptômes et de la toxicité peuvent permettre d'améliorer la communication entre les patients et leurs fournisseurs de soins de santé. Les patients qui sont plus engagés dans leurs soins sont plus susceptibles de communiquer avec leurs fournisseurs au sujet de leurs symptômes et effets indésirables, ce qui peut aider ces derniers à ajuster les plans de traitement et à améliorer les résultats des patients.

Recommandation n° 14. Les programmes locaux de cancérologie devraient élaborer et mettre en œuvre des plans de surveillance proactive, ainsi que des plans de gestion des symptômes et de la toxicité des médicaments adressés aux patients recevant un traitement systémique, en particulier ceux présentant un risque élevé (p. ex., double immunothérapie, chimiothérapie/radiothérapie simultanée, leucémie aiguë, cancers de la tête et du cou), pour leur permettre d’optimiser leurs capacités d’autogestion et de réduire leur recours aux services de soins de courte durée.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Mobilisation des patients** : Les patients qui participent activement à leurs soins sont plus susceptibles de surveiller leurs symptômes et effets indésirables et de les signaler à leurs fournisseurs. La mobilisation des patients peut être facilitée par les programmes d’information, de soutien et d’autonomisation.
- **Technologie de gestion des renseignements sur la santé** : Les technologies de gestion des renseignements sur la santé, comme les portails des patients et les applications mobiles de santé, peuvent fournir aux patients les outils nécessaires pour surveiller leurs symptômes/cas de toxicité et communiquer avec leurs fournisseurs. Elles peuvent aider les fournisseurs à assurer le suivi des symptômes et effets indésirables des patients et à ajuster les plans de traitement, au besoin.
- **Équipes de soins pluridisciplinaires** : Les équipes de soins pluridisciplinaires, ainsi que l’accès à un fournisseur de soins primaires régulier, peuvent permettre d’offrir des soins complets aux patients et d’assurer la coordination de la gestion des symptômes et de la toxicité entre les différents spécialistes. Cela peut permettre de s’assurer que les patients reçoivent un traitement efficace en temps opportun pour gérer leurs symptômes et les effets indésirables qu’ils présentent.
- **Coordination des soins** : La coordination des soins entre les fournisseurs et les patients est essentielle pour la surveillance proactive et la gestion de la toxicité et des symptômes. Ceci comprend la communication régulière entre les fournisseurs et les patients pour s’assurer que les symptômes sont bien surveillés, que les effets indésirables sont pris en charge et que les plans de traitement sont ajustés, au besoin.
- **Outils d’évaluation normalisés** : Les outils d’évaluation normalisés peuvent aider les fournisseurs à évaluer systématiquement les symptômes et effets indésirables liés au cancer et à les prendre en charge. Ces outils peuvent permettre de s’assurer que les symptômes et effets indésirables font l’objet d’une bonne surveillance et sont pris en charge de façon

uniforme par les différents fournisseurs et dans les divers milieux de soins.

- **Résultats communiqués par le patient** : Les résultats communiqués par le patient (RCP) sont des mesures de l'état de santé et des symptômes déclarés directement par les patients. Les RCP peuvent apporter des renseignements précieux aux fournisseurs de soins de santé sur la façon dont leurs patients se sentent et sur leurs capacités fonctionnelles et orienter la prise en charge des symptômes et de la toxicité.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Les cliniques peuvent être tenues de façon autonome par des omnipraticiens en oncologie et du personnel infirmier praticien ou en collaboration avec des adjoints au médecin, du personnel infirmier clinicien spécialisé/personnel infirmier autorisé ou des pharmaciens. Envisager l'application de directives médicales, s'il y a lieu.
 - Consulter l'équipe de soins palliatifs en présence de symptômes ou d'autres besoins devenant complexes.
- Élaborer un plan adapté pour la gestion proactive des symptômes et de la toxicité avec chaque patient avant le début et la fin du traitement.
 - Intégrer des plans de surveillance proactive comme composante normalisée lors de l'élaboration des protocoles de traitement dans le système de saisie électronique des ordonnances par les médecins.
 - Coordonner la planification des soins avec d'autres fournisseurs (p. ex., équipe de soins palliatifs, fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale, pharmaciens).
- Envisager d'utiliser des portails des patients comme outil de communication des plans de gestion des symptômes/cas de toxicité et ressources d'autogestion.
- Encourager l'utilisation des outils de mesures des résultats communiqués par le patient (MRCP)/outils de dépistage des symptômes (p. ex., questionnaire *Vos symptômes sont importants*) en personne ou à distance pour faciliter la communication en temps réel avec l'équipe de soins.
 - Les MRCP doivent être facilement accessibles par le biais du dossier médical électronique et examinés en temps opportun pour la prise en charge des symptômes et la détection rapide des symptômes nécessitant une aide supplémentaire (p. ex., orientation vers des services d'oncologie psychosociale).

- Analyser les données des MRCP, ainsi que les renseignements sur les patients dans les bases de données administratives afin :
 - de repérer les populations de patients ayant un risque accru de présenter des symptômes graves, pour qui une orientation vers une équipe pluridisciplinaire ou un suivi par ses membres serait bénéfique;
 - d'affecter des ressources (p. ex., soins palliatifs, fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale) dans les domaines au service de populations de patients ayant des besoins sévères ou spéciaux en matière de gestion des symptômes;
 - d'informer l'équipe lorsque les patients ont besoin d'être orientés vers des services de soins plus spécialisés.
- Utiliser les soins virtuels et intégrer de nouveaux fournisseurs de soins, comme énoncé dans la recommandation 5.3, pour améliorer la prise en charge rapide des symptômes et cas de toxicité.
- Envisager la mise en œuvre de programmes de surveillance à distance propres à la population, à la maladie ou au protocole dans le cadre desquels un algorithme hiérarchise les patients et alerte l'équipe clinique en fonction des données biométriques et des résultats communiqués par le patient en temps réel.
- Envisager l'utilisation d'un outil de triage numérique pour les patients, qui formulerait différents conseils de triage personnalisés comme des stratégies d'autogestion, la mise en relation avec l'équipe de soins ou les milieux de soins appropriés, selon les symptômes et effets indésirables déclarés.
- Envisager la mise en œuvre d'un système d'autoprogrammation où les patients ont la possibilité de prendre directement rendez-vous avec les cliniques de prise en charge des symptômes/cas de toxicité une fois que l'équipe de soins a procédé à l'orientation initiale.
- Créer une ligne ou un centre d'appel pour les soins oncologiques afin de répondre aux appels de patients destinés à l'équipe de soins ou aux alertes des programmes de surveillance des symptômes à distance pendant les heures d'ouverture.
 - Envisager la mise en place d'un modèle où le commis s'occupe de l'admission initiale et adresse les questions/préoccupations aux membres de l'équipe concernés.
- Élaborer un processus de suivi des patients qui accèdent aux services de prise en charge des patients après les heures d'ouverture (p. ex., CareChart Santé Numérique).
- Envisager une collaboration avec les partenaires communautaires, comme des fournisseurs de soins primaires et des pharmaciens communautaires spécialisés, pour établir un programme coordonné de prise en charge des symptômes et cas de toxicité.
- Consulter les pages [Traitement des symptômes et des effets secondaires](#), [Guidance for the Development of a Provincial Approach to Toxicity Management](#) (en anglais seulement), et [Oncology Nursing Telepractice Standards](#) (en anglais seulement) pour découvrir d'autres outils fondés sur les données probantes (p. ex., COSTaRS).

Recommandation n° 15. Des structures oncologiques de soins actifs devraient être établies pour les soins non programmés afin de réduire le nombre de visites aux services d'urgence et d'hospitalisations.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Ressources adéquates** : L'offre de soins d'urgence aux patients atteints d'un cancer nécessite des ressources supplémentaires, y compris du personnel, de la place, de l'équipement et des technologies.
- **Coordination des soins** : La coordination des soins entre divers fournisseurs et milieux de soins permet de s'assurer que les patients reçoivent les soins appropriés en temps opportun.
- **Critères normalisés** : Des critères normalisés permettent de s'assurer que les patients sont orientés vers les bonnes structures de soins actifs en oncologie et qu'ils reçoivent le niveau de soins adapté à leurs besoins individuels.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Les évaluations urgentes peuvent être réalisées de façon autonome par des omnipraticiens en oncologie et du personnel infirmier praticien ou en collaboration avec des adjoints au médecin, par le biais de directives médicales, s'il y a lieu.
- Mettre en place des cliniques de soins d'urgence pour les patients ayant besoin d'une stabilisation médicale, d'exams ou d'une admission.
- Envisager d'ouvrir les cliniques de soins d'urgence après les heures d'ouverture ou d'installer une unité de soins à court terme ou des lits de courte durée en admettant les patients en fonction de l'orientation, possiblement en collaboration avec les services de radiothérapie ou de chirurgie, afin d'optimiser l'affectation des ressources.

Prestation de services virtuels

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Tous les patients n'ont pas accès aux appareils nécessaires, comme les téléphones intelligents, les ordinateurs ou les tablettes ou à une bonne connexion Internet, ce qui peut limiter leur capacité à participer à des services de soins virtuels.
- Même si les patients ont accès aux technologies, ils peuvent être confrontés à des obstacles technologiques comme des difficultés à naviguer sur les plateformes virtuelles ou des problèmes de qualité de l'audio ou de la vidéo pendant les consultations virtuelles, ce qui peut perturber les rendez-vous, entraîner des retards ou des difficultés de communication. Ces obstacles peuvent engendrer de la frustration et rendre les services de soins virtuels moins efficaces.

- Les fournisseurs peuvent ne pas avoir accès aux technologies nécessaires ou ne pas se sentir assez à l'aise pour utiliser les outils virtuels, limitant ainsi leur capacité à offrir des soins virtuels.
- Les soins virtuels peuvent générer des inquiétudes concernant le respect de la vie privée des patients et la sécurité des données, en particulier lorsque des renseignements médicaux confidentiels sont partagés par téléphone ou par Internet.
- Les services de soins virtuels soulèvent divers problèmes réglementaires et juridiques, notamment les exigences relatives au permis d'exercer, les questions de responsabilité et les réglementations en matière de télémédecine.
- Dans un milieu virtuel, il peut être plus difficile de coordonner les soins entre les différents fournisseurs de soins de santé (p. ex., accès limité à des technologies, différences entre les milieux de soins et les programmes), et les programmes locaux de cancérologie peuvent ne pas avoir de protocoles ou lignes directrices normalisés sur la façon de faire participer les fournisseurs pluridisciplinaires aux soins virtuels. Ceci peut entraîner de la confusion et une incertitude quant aux rôles et responsabilités de chacun et à la façon de collaborer pour offrir des soins.
- La détérioration clinique, les symptômes et les cas de toxicité sont moins facilement détectables lors de l'évaluation virtuelle des patients.
- Les fournisseurs peuvent prendre du retard dans leurs consultations virtuelles en raison de conflits d'horaires (p. ex., chevauchement de rendez-vous) et de tâches administratives (p. ex., documentation, examen des résultats de tests).
- Il peut être gênant pour les patients, familles et aidants d'attendre longtemps pour une consultation virtuelle, en particulier si la journée a été organisée en fonction de ce rendez-vous. Cela peut engendrer de la frustration et de l'insatisfaction.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁷⁹⁻⁸²

- **Commodité** : Les soins virtuels permettent aux patients atteints d'un cancer de bénéficier de services virtuels depuis leur domicile ou leur lieu de travail. Cela peut permettre aux patients et à leurs aidants de gagner du temps et d'économiser sur les déplacements, les frais de stationnement et de garde d'enfant, ce qui peut être particulièrement important pour les patients qui reçoivent un traitement.
- **Accessibilité** : Les soins virtuels peuvent renforcer l'accessibilité aux services de soins de santé pour les patients qui rencontrent des difficultés en matière de mobilité ou de transport, qui vivent dans des régions éloignées ou rurales ou qui ont du mal à prendre des congés au travail ou à trouver un aidant.
- **Soins coordonnés et intégrés** : Il est important que les patients puissent recevoir des soins pluridisciplinaires dans n'importe quel milieu pour s'assurer que les plans de traitement tiennent compte des besoins et des préférences de chaque patient. Cela permet aussi de s'assurer que les patients bénéficient des soutiens et interventions nécessaires tout au long de leur parcours de lutte contre le cancer. Cela peut permettre d'améliorer les résultats et la qualité de vie des patients.

- **Amélioration de l'expérience des patients et des fournisseurs** : Les patients et les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir besoin de recevoir de l'information et de suivre une formation sur la façon d'utiliser les plateformes de soins virtuels ainsi que sur la marche à suivre en cas de problèmes techniques.

Recommandation n° 16. Les programmes locaux de cancérologie devraient créer un rôle de coordonnateur des soins virtuels, lequel serait chargé d'encourager les patients et fournisseurs à employer des solutions de soins virtuels, de les aider à apprivoiser ces outils et d'améliorer leur expérience globale vis-à-vis de ceux-ci.

16.1. S'ils affichent un faible volume de patients, les petits centres peuvent confier les responsabilités du coordonnateur des soins virtuels à d'autres membres du personnel administratif afin d'assurer la continuité de ces services de soins.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Éducation et formation** : Un coordonnateur des soins virtuels doit posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour coordonner efficacement les soins, y compris en tenant compte des besoins uniques de patients atteints d'un cancer et en comprenant les flux de travail et processus hospitaliers.
- **Travail d'équipe** : Un coordonnateur des soins virtuels doit communiquer efficacement et travailler en collaboration avec les fournisseurs composant une équipe pour s'assurer que les patients reçoivent des soins coordonnés entre les différents milieux de soins.
- **Analyses et déclaration de données** : Un coordonnateur des soins virtuels doit avoir accès à des outils d'analyse et de déclaration de données pour suivre les résultats des patients et repérer les domaines d'amélioration.
- **Conformité réglementaire** : Un coordonnateur des soins virtuels doit respecter les exigences réglementaires liées aux soins virtuels, en s'assurant que les données des patients sont protégées et que les services de soins virtuels sont assurés dans le respect des lignes directrices juridiques, réglementaires et éthiques.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Pour optimiser la prestation des services de soins virtuels, les coordonnateurs des soins virtuels jouent un rôle essentiel en aidant l'équipe de soins oncologiques et les patients.
- Pour l'équipe de soins oncologiques, le coordonnateur des soins virtuels doit élaborer un

plan visant à optimiser les flux de travail des services de soins virtuels, en mettant l'accent sur une meilleure communication et collaboration entre les membres de l'équipe. Il doit également fournir une formation technique et un soutien continu au personnel, en s'assurant que les membres du personnel possèdent les outils et compétences nécessaires pour offrir des services de soins virtuels efficaces.

- Pour les patients, le coordonnateur de soins virtuels doit superviser les processus électroniques de documentation et communication, en assurant qu'ils sont sécurisés et bien gérés. Il doit également mettre à l'essai la technologie vidéo ou fournir une assistance téléphonique aux patients avant leur rendez-vous afin de s'assurer qu'ils sont à l'aise et ne rencontrent pas de difficultés techniques. Le coordonnateur des soins virtuels doit fournir une assistance technique et des services de dépannage aux patients tout au long du processus de soins virtuels, en veillant à ce qu'ils reçoivent des soins optimaux.

Recommandation n° 17. Les programmes locaux de cancérologie devraient étudier les possibilités d'intégration de services de soins virtuels et de mise en œuvre de processus normalisés en matière d'optimisation de la prestation des soins.

17.1. Les programmes locaux de cancérologie devraient déterminer les domaines dans lesquels les soins virtuels permettent d'optimiser la prestation des soins (p. ex., visites de suivi, information des patients)

17.2. Les soins virtuels devraient être flexibles et adaptables aux préférences des patients, de la famille et/ou des aidants, notamment en ce qui a trait aux horaires, à la langue et aux considérations culturelles.

17.3. Les soins virtuels devraient viser à faciliter la mobilisation des patients, de la famille ou des aidants et la participation de ceux-ci aux soins (p. ex., outils de dépistage des symptômes, information des patients).

17.4. Les patients, les familles et/ou les aidants devraient se voir offrir de l'information et des ressources, notamment une aide à la préparation de la consultation virtuelle afin d'éviter les interruptions ou les retards pendant le rendez-vous.

17.5. La structure des consultations virtuelles (y compris les heures de rendez-vous désignées) devrait être semblable à celle des consultations en personne, et tout devrait être fait pour réduire les temps d'attente des patients, de leur famille ou de leurs aidants.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

Pour les organismes

- **Infrastructure technologique** : Les organismes ont besoin d'une infrastructure fiable et sécurisée à l'appui de la prestation des soins virtuels. Cela comprend une connexion Internet à haut débit, des serveurs sécurisés et un équipement de télémédecine et des technologies de santé numérique.
- **Exigences réglementaires et juridiques** : Les organismes doivent s'assurer qu'ils sont en conformité avec les exigences réglementaires et juridiques concernant les soins virtuels,

notamment la confidentialité des données, la cybersécurité, les exigences concernant l'autorisation d'exercer pour les fournisseurs de soins de santé.

- **Formation du personnel** : Les fournisseurs ont besoin d'être formés sur la façon d'utiliser les technologies de soins virtuels et d'offrir des soins dans un milieu virtuel. Cela comprend une formation sur la façon de mener une évaluation virtuelle, de gérer l'équipement de télémédecine, de communiquer efficacement avec les patients à l'aide des plateformes virtuelles. Consulter la page [Person-Centred Virtual Cancer Care Clinical Guidance](#) (Orientations cliniques sur les soins virtuels contre le cancer axés sur la personne, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Pour les patients

- **Accès à une technologie fiable** : Les patients ont besoin d'avoir accès à une technologie fiable, une connexion Internet stable ou des services téléphoniques éprouvés pour participer aux soins virtuels. Cela comprend le matériel (p. ex., ordinateur, tablette, téléphone intelligent ou téléphone basique) et les logiciels (p. ex., plateformes de vidéoconférence, dispositifs de surveillance à distance, services de télécommunication).
- **Interfaces conviviales** : Les plateformes de soins virtuels devraient être conviviales, faciles à utiliser et fournir des instructions claires à suivre par les patients. Des services d'assistance et de soutien technique en temps réel devraient être mis à la disposition des patients pour les aider en fonction de leurs divers niveaux de littératie technologique, s'assurant qu'ils peuvent efficacement utiliser la plateforme.
- **Éducation et ressources** : Les patients devraient recevoir de l'information et des ressources, y compris du soutien en temps réel pour les aider à se préparer aux consultations virtuelles, comme des conseils pour optimiser leur environnement, vérifier qu'ils disposent de l'équipement nécessaire et d'un guide étape par étape sur l'accès à la plateforme et son utilisation. Consulter la page [Virtual Care: What to expect for your telephone or video visit](#) (Soins virtuels : à quoi vous attendre pour votre consultation téléphonique ou vidéo?, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).
- **Outils de mobilisation des patients** : Les plateformes de soins virtuels devraient comprendre des outils qui contribuent à la mobilisation des patients dans le cadre de leurs soins, comme des outils de dépistage des symptômes, des rappels de rendez-vous, des ressources d'information et une messagerie sécurisée.
- **Mesures solides de sécurité et de protection de la vie privée** : Les plateformes de soins virtuels devraient comprendre de solides mesures de sécurité et de protection de la vie privée pour protéger les renseignements personnels sur la santé des patients.
- **Communication efficace** : Les soins virtuels devraient faciliter une bonne communication entre les patients et les fournisseurs de soins de santé, notamment la capacité de se transmettre les dossiers médicaux, les résultats d'examen et d'autres renseignements sur la santé.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

Pour le point 17.1

- Les consultations virtuelles peuvent servir à optimiser la prestation des soins, s'il y a lieu, pour :
 - le dépistage ou les évaluations d'avant consultation;
 - l'information des patients;
 - le bilan comparatif des médicaments et le meilleur schéma thérapeutique possible;
 - le suivi après traitement lorsqu'aucun examen physique n'est nécessaire;
 - les discussions sur les résultats des examens de routine;
 - les discussions de suivi de routine lorsqu'aucun examen physique n'est nécessaire;
 - les patients recevant un traitement systémique oral;
 - les patients bien-portants recevant des traitements hormonaux adjuvants.
- Les organismes doivent examiner les politiques de remboursement existantes pour s'assurer que les médecins peuvent être rémunérés pour leurs services. Il est important de préciser que plusieurs tâches liées aux soins virtuelles peuvent être effectuées par des fournisseurs de soins autres que les médecins, qui ne sont pas directement concernés par les questions de paiement ou de salaire.
- Un examen des flux de travail et des processus existants doit être réalisé pour s'assurer qu'ils peuvent être adaptés afin d'appuyer la prestation des soins virtuels.
- Des programmes d'amélioration de la qualité devraient être mis en place pour surveiller et évaluer l'efficacité de la prestation des soins virtuels et repérer les domaines d'amélioration. Pour cela, il est notamment possible de recueillir directement les commentaires des patients ou d'utiliser des enquêtes de satisfaction des patients afin de jauger de leur niveau de satisfaction quant aux services de soins virtuels (p. ex., sondage *Votre opinion est importante*).

Pour le point 17.2 :

- Avant la visite, déterminer les préférences du patient, sa comptabilité et son niveau d'aisance à participer aux soins virtuels (p. ex., évaluer l'accès à Internet et la connexion, les aptitudes pour une téléconsultation).
- Déterminer si l'aide d'un membre de la famille ou d'un aidant est souhaitable pour la consultation et si cette personne se trouvera physiquement avec le patient ou sera dans un autre lieu.
- Déterminer si des services de langue des signes ou de traduction sont nécessaires pour la consultation.

Pour le point 17.3 :

- Inviter les patients, les familles ou les aidants à remplir les formulaires d'admission et les outils de dépistage des symptômes (p. ex., questionnaire *Vos symptômes sont importants*), en les assistant au besoin, avant leur rendez-vous pour orienter les soins

cliniques.

- Pendant la consultation, créer un plan de suivi avec le patient concernant l'accès aux services d'oncologie psychosociale et d'autres soutiens (p. ex., navigation, intervenant pivot spécialisé dans l'accès aux médicaments), au besoin.

Pour le point 17.4 :

- Fournir des instructions claires sur la façon d'accéder aux plateformes de soins virtuels et de les utiliser, y compris des consignes étape par étape pour rejoindre une consultation virtuelle, naviguer sur la plateforme et accéder aux ressources d'information.
- Réaliser de façon proactive un essai de connexion avec les patients, les familles et les aidants avant la consultation (en collaboration avec le coordonnateur de soins virtuels).
- Offrir une assistance technique aux patients qui peuvent avoir des difficultés à accéder aux plateformes de soins virtuels ou à les utiliser. Il peut s'agir de services d'assistance, de guides d'utilisateur, ou d'échanges avec du personnel d'assistance technique.
- Consulter la page [Person-Centred Virtual Cancer Care Guidance](#) (Orientations cliniques sur les soins virtuels contre le cancer axés sur la personne, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Pour le point 17.5 :

- Surveiller les délais d'attente pour les consultations et ajuster la programmation ou les niveaux de dotation en personnel pour s'assurer que les patients sont reçus en temps opportun.

Recommandation n° 18. Les patients devraient avoir accès à des soins pluridisciplinaires en milieu virtuel pour faire en sorte qu'ils reçoivent tout le soutien et les services dont ils ont besoin dans le cadre de leur traitement.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Infrastructure technologique** : Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire doit avoir accès à une infrastructure technologique fiable et sécurisée pour faciliter les soins virtuels. Cela comprend le matériel (p. ex., ordinateurs, webcams et microphones) et les logiciels (p. ex., plateformes de vidéoconférence, portails des patients).
- **Rôles et responsabilités clairement établis** : Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire doit avoir des rôles et responsabilités clairement établis, notamment des protocoles de communication et des processus décisionnels.
- **Communication efficace** : Une communication efficace entre les membres de l'équipe est essentielle pour la réussite des soins virtuels pluridisciplinaires. Cela comprend des réunions régulières, des conférences de cas et l'accès commun aux renseignements sur le patient.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Prévoir un rendez-vous clinique avec plusieurs membres de l'équipe en même temps, en fonction des besoins repérés grâce au récent questionnaire du patient *Vos symptômes sont importants*, à l'aide d'une technologie d'accès à distance **ou** en offrant une courte introduction commune lors de la première consultation, puis en organisant plusieurs rendez-vous consécutifs avec les membres de l'équipe.
- Pour les patients dont les besoins sont plus importants que prévu ou imprévus dans des domaines précis :
 - Offrir la possibilité d'être rappelés ou les placer dans une salle d'attente virtuelle pour rencontrer des membres de l'équipe après la première consultation, avec une notification alertant les patients lorsqu'ils sont les prochains dans la file d'attente;
 - Lancer des demandes d'orientation électronique vers les membres de l'équipe dans le dossier de santé électronique. Les patients doivent être reçus dans un délai correspondant à l'urgence de leur demande.

Transitions entre les différents niveaux de soins : survie et fin de vie

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Une fois qu'un traitement actif est terminé, les patients peuvent se sentir perdus et ne pas connaître les prochaines étapes par rapport à la survie ou aux soins palliatifs. Il se peut qu'ils ignorent comment s'y retrouver au sein du système de santé pour recevoir les soins et le soutien appropriés.
- Les patients peuvent être confrontés à un manque de continuité des soins alors qu'ils passent d'un service de traitement actif aux soins de survie ou de fin de vie, ce qui peut engendrer des lacunes en matière de soins et un risque accru de résultats défavorables.
- Les patients peuvent être confrontés à des obstacles d'accès aux soins de survie ou palliatifs appropriés, y compris des obstacles géographiques, financiers ou systémiques.
- Ils peuvent éprouver une détresse émotionnelle et psychologique lors de leur transition vers des services de soins de survie ou de fin de vie, y compris de l'anxiété, de la dépression et une peur de la récurrence ou des problèmes en fin de vie.
- De nombreux programmes locaux de cancérologie ont des difficultés à obtenir l'espace et les ressources humaines nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins en matière de soins de survie et palliatifs de leurs patients.
- En raison des capacités actuelles limitées en ressources humaines dans le domaine de la santé pour les soins primaires, il se peut que les patients ne bénéficient pas des soins adéquats.
- Le nombre élevé de patients sans médecin désigné (non rattachés à un fournisseur de soins primaires) représente un défi supplémentaire pour l'accès aux soins de santé et leur continuité.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁸³⁻⁸⁸

- **Amélioration de la qualité de vie des patients** : En facilitant les transitions vers les services de soins de survie et palliatifs, on peut contribuer à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer. Un soutien et des soins appropriés pendant ces transitions peuvent permettre aux patients de mieux gérer leurs symptômes et d'obtenir une meilleure qualité de vie globale.
- **Amélioration de l'expérience des patients** : En facilitant les transitions vers les soins de survie et palliatifs, on permet aux patients d'avoir accès à des soins appropriés au bon moment. Cela comprend la gestion efficace des symptômes et de la toxicité, le soutien émotionnel, et un niveau élevé de satisfaction des patients quant à leurs soins.
- **Amélioration de la coordination des soins pour les patients** : En facilitant les transitions vers les soins de survie et palliatifs, on peut également contribuer à améliorer la coordination des soins entre les différents fournisseurs de soins de santé. En s'assurant que les patients reçoivent les soins appropriés à chaque étape de leur parcours de lutte contre le cancer, les fournisseurs de soins de santé peuvent améliorer leur collaboration et la coordination des soins, réduisant ainsi le risque d'erreurs ou les délais de prestation des soins.

- **Utilisation appropriée des services de soins de courte durée** : En facilitant les transitions vers les soins de survie et palliatifs, on peut également réduire le fardeau imposé aux services de soins de courte durée. En offrant un soutien et des soins appropriés pendant les transitions, on évite que les patients aient besoin d'une hospitalisation ou de soins d'urgence.
- **Diminution du fardeau des aidants** : En facilitant les transitions vers les soins de survie et palliatifs, on peut également contribuer à réduire le fardeau imposé aux aidants. En offrant un soutien et des soins appropriés pendant les transitions, on permet aux aidants de mieux assurer leur propre bien-être physique et émotionnel, réduisant ainsi le risque d'épuisement.

Recommandation n° 19. Les programmes locaux de cancérologie devraient se doter d'un modèle de transition offrant des soins normalisés aux survivants et en matière de suivi pour répondre aux besoins courants des patients qui ont terminé leur traitement systémique ou qui suivent actuellement une hormonothérapie adjuvante.

19.1. Les survivants devraient passer à un niveau de soins plus adapté à leurs besoins actuels et avoir accès à des ressources et systèmes de soutien spécialisés comme des services d'oncologie psychosociale, des initiatives d'autogestion structurée et des programmes de groupe.

19.2. Le processus de réintégration des programmes locaux de cancérologie devrait être simplifié, au besoin.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Ressources humaines dans le domaine de la santé** : Il est important de se doter de professionnels de la santé qualifiés, comme des médecins, du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux, qui sont formés aux soins de survie et de suivi, pour mettre en œuvre efficacement le modèle de transition.
- **Plans de soins de survie complets** : Les plans de soins de survie offrent aux patients une feuille de route pour leurs soins continus et peuvent aider à s'assurer qu'ils bénéficient des soins de suivi et des soutiens appropriés. Ces plans doivent comprendre des renseignements sur le diagnostic de cancer du patient, ses antécédents de traitement, les potentiels effets retardés et à long terme, et un plan pour la surveillance continue.
- **Information et soutien des patients** : Les patients ont besoin d'information et de soutien pour apprendre à gérer les effets physiques, émotionnels et psychologiques du traitement

contre le cancer. Cela peut comprendre des renseignements sur les habitudes de vie saines, des stratégies d'adaptation et des services de soutien.

- **Coordination des soins** : Une communication et une coordination des soins efficaces entre l'oncologue médical/l'hématologue, le fournisseur de soins primaires et d'autres fournisseurs de soins de santé sont essentielles pour s'assurer que les patients reçoivent des soins complets et appropriés. Cela peut comprendre la transmission de renseignements sur le patient et la coordination des soins de suivi, comme les analyses des examens d'imagerie et les orientations vers des spécialistes.
- **Accès à des services d'oncologie psychosociale et à d'autres services de soins de soutien** : Les patients peuvent tirer parti de certains services comme des conseils en nutrition, en gestion de la douleur et du soutien psychosocial. Ces services peuvent contribuer à atténuer les effets physiques et émotionnels du traitement contre le cancer et à améliorer la qualité de vie des patients.
- **Surveillance continue** : Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance régulière pour détecter une potentielle récurrence ou l'apparition d'un nouveau cancer. Il peut s'agir d'examens physiques réguliers, d'analyses des examens d'imagerie et d'analyses sanguines.
- **Autonomisation et mobilisation** : L'autonomisation des patients pour les faire participer activement à leurs soins et les encourager à prendre part aux activités d'autogestion peut permettre d'améliorer les résultats et la qualité de vie de ces derniers. Il peut s'agir d'établir des objectifs et d'élaborer des plans d'action et d'encourager les patients à communiquer ouvertement avec leurs fournisseurs de soins de santé.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie et partenaires communautaires

- Il devrait y avoir une personne-ressource désignée dans chaque programme régional de cancérologie pour assurer une meilleure coordination des efforts, de la transmission des renseignements et repérer les domaines d'amélioration avec le Programme pour les survivants de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).
- Consulter page [Follow-Up Model of Care for Cancer Survivors: Recommendations for the Delivery of Follow-up Care for Cancer Survivors in Ontario](#) (en anglais seulement) Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Pour le point 19.1 :

- L'équipe de soins oncologiques devrait expliquer au patient, à sa famille ou à ses aidants, avant de commencer le traitement systémique, que le patient pourrait être adressé à son fournisseur de soins primaires pour les soins de suivi de routine après avoir terminé son traitement systémique actif ou s'il lui est prescrit une hormonothérapie adjuvante. Les patients qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires désigné doivent être redirigés vers un

programme local de cancérologie. Pour les patients qui sont orientés, mais qui n'ont pas encore de fournisseur de soins primaires désigné, ils doivent être encouragés à utiliser les ressources provinciales disponibles, comme [Accès Soins](#) pour en trouver un, avec l'aide d'un travailleur social, par exemple, au besoin. De plus, un réseau cohésif de soutien peut être trouvé dans les [cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien](#) de l'Ontario et auprès du [service Santé811](#). Ces cliniques offrent des soins primaires complets, accessibles et axés sur la personne, en particulier à celles et ceux qui n'ont pas encore trouvé de fournisseur de soins primaires. Le service Santé811 vient en complément des cliniques en offrant des services de conseil, d'évaluation et de triage téléphoniques 24 heures sur 24 pour les problèmes de santé, offrant ainsi un soutien permanent aux patients non rattachés à un médecin.

- Le plan de soins de suivi pour survivant doit être préparé pour être transmis au fournisseur de soins primaires et être composé de deux parties : A) un résumé sur le traitement, qui comprend les renseignements cliniques essentiels comme le diagnostic de cancer, le traitement et les médicaments reçus et B) un plan de soins individualisé pour le suivi, qui comprend des directives sur les soins de suivi, les signes et symptômes d'une récurrence, les besoins psychosociaux et les coordonnées de l'équipe de soins oncologiques.
 - Désigner le professionnel de la santé le plus responsable (PSPR) pour les soins de suivi du survivant et indiquer ses coordonnées dans le plan de soins de suivi. Le PSPR peut être un fournisseur de soins primaires, un oncologue, un omnipraticien en oncologie ou un infirmier praticien des programmes locaux de cancérologie, ou un fournisseur de soins de santé d'un programme affilié, choisi après un échange entre le fournisseur de soins primaires et l'équipe de soins oncologiques selon des critères comme la gravité et les risques de complications, la nécessité d'effectuer des actes spécialisés et le risque de récurrence ou de tumeurs malignes secondaires.
- En offrant des soins de soutien et de l'information au survivant, il est recommandé de prendre en compte les diverses stratégies de prestation comme la consultation par téléphone, l'orientation vers des ressources en ligne ou communautaires fiables (p. ex., programmes d'oncologie psychosociale dans des établissements de traitement systémique, programmes communautaires ou en ligne de soutien pour les personnes atteintes d'un cancer) et les séances d'information de groupe.
- L'accès à des programmes d'autogestion structurés et à des ressources de grande qualité est important pour que le survivant apprenne à gérer ses symptômes physiques et psychologiques (p. ex., fatigue, douleurs). Il est recommandé de discuter des stratégies d'autogestion avec le survivant avant de terminer le traitement actif et pendant les visites de suivi.

Pour le point 19.2 :

- Des voies de communication doivent être clairement définies entre les équipes de soins oncologiques et les fournisseurs de soins primaires lorsqu'une consultation ou une nouvelle orientation est nécessaire.
 - Le plan de soins individualisé de l'équipe de soins oncologiques doit comprendre des

instructions sur l'orientation et la réadmission aux programmes locaux de cancérologie en cas de suspicion d'une récurrence ou de cancers secondaires. Diverses solutions de télécommunication (consultations électroniques, échange de renseignements sur la santé, numéro d'urgence pour un accès rapide à l'équipe de soins oncologiques) doivent être envisagées pour permettre une communication efficace et rapide.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Étudier les possibilités d'élaborer des ressources d'autogestion pour les survivants.
- Collaborer avec les équipes Santé Ontario pour assurer la transition des services de soins de survie et de suivi vers le milieu communautaire.

Recommandation n° 20. Les équipes d'oncologie et de soins palliatifs, en collaboration avec les patients, les familles et les aidants, devraient régulièrement engager des débats et utiliser des outils validés dans le but d'orienter la prestation des soins palliatifs et de déterminer le moment propice aux transitions vers les soins de fin de vie.

20.1. L'équipe d'oncologie devrait avoir accès à des soutiens et à des services de soins palliatifs communautaires chargés de les aider à répondre aux besoins des patients suivant un traitement systémique lorsqu'il devient trop difficile ou complexe pour elle d'assurer leur prise en charge seule.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Communication efficace :** Une communication efficace entre les patients, les familles ou les aidants et les fournisseurs de soins de santé est essentielle pour appuyer l'intégration des soins palliatifs et la transition vers les soins de fin de vie. Cela comprend des discussions ouvertes et honnêtes sur la maladie du patient, son pronostic, ses objectifs de soins, ses préférences et ses valeurs.
- **Outils et soutiens en matière de soins palliatifs :** Pour faciliter la planification et la prestation des soins palliatifs, l'équipe de soins oncologiques devrait avoir accès à des outils d'évaluation et d'autres ressources cliniques validées. Veuillez consulter la page sur la [Trousse à outils pour les soins palliatifs](#) du Réseau ontarien des soins palliatifs.
- **Accès à des services spécialisés de soins palliatifs :** Les équipes de soins palliatifs sont spécialisées dans l'offre de soins et d'un soutien aux patients atteints de maladies graves et peuvent aider à traiter les symptômes, à répondre aux besoins spirituels et émotionnels et à offrir des conseils et du soutien aux patients, aux familles ou aux aidants.
- **Coordination des soins :** La coordination des soins entre les équipes de soins oncologiques et de soins palliatifs, les fournisseurs de soins primaires et d'autres cliniciens est essentielle pour s'assurer que les patients bénéficient de soins complets et appropriés. Cela peut comprendre la transmission de renseignements sur le patient et la coordination des plans de soins, comme la gestion des médicaments et l'atténuation des symptômes.

- **Information et soutien des patients, familles et aidants** : Les patients, familles et aidants ont besoin d'information et de soutien pour comprendre l'approche palliative des soins et les options disponibles. Cela comprend des renseignements sur ce à quoi s'attendre à mesure que la maladie progresse, sur le traitement des symptômes, sur la planification préalable des soins et les soutiens émotionnels et spirituels.
- **Soins offerts avec compassion et respect** : Les soins palliatifs doivent être offerts avec compassion et respect, en reconnaissant l'importance de préserver la dignité et l'autonomie des patients. Il faut notamment offrir des soins qui correspondent aux valeurs, aux préférences et aux croyances culturelles des patients.
- **Attention portée aux besoins psychosociaux et spirituels** : Les soins palliatifs devraient tenir compte des besoins psychosociaux et spirituels des patients et de leur famille, notamment en offrant un soutien en cas de détresse émotionnelle et spirituelle, un soutien au deuil, et à d'autres difficultés qui peuvent survenir.
- **Éléments à prendre en compte pour les soins de fin de vie** : À l'approche de la fin de vie, on accorde moins d'importance à la gestion active et davantage au soulagement des symptômes, en mettant l'accent sur la qualité de vie et le confort. Les besoins dans tous les domaines de soins devraient être évalués régulièrement et être pris en compte à toutes les étapes de la fin de vie.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Utiliser des outils validés et fondés sur les données probantes (p. ex., ESAS) pour évaluer l'état de santé global des patients, leurs capacités fonctionnelles et leur qualité de vie. Ces outils peuvent permettre de définir les besoins et les préférences des patients en matière de soins, ainsi que les éventuels obstacles ou défis qui peuvent survenir pendant la transition vers les soins de fin de vie. L'utilisation de ces outils et des discussions continues peuvent permettre de s'assurer que les soins offerts aux patients sont adaptés à leurs besoins individuels et que la transition vers les soins de fin de vie est aussi harmonieuse et confortable que possible. De plus, les patients et leur famille peuvent ainsi bénéficier du soutien et des ressources dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur les soins et leurs souhaits en matière de fin de vie. Consulter la page de [ressources du Réseau ontarien des soins palliatifs](#).

Santé et bien-être des fournisseurs

Quelles sont les difficultés actuelles?

- La situation des soins de cancérologie a évolué avec le développement de traitements qui deviennent de plus en plus complexes et exigeants.
- L'offre de soins nécessite à présent une importante coordination pluridisciplinaire, dépassant les niveaux observés par le passé.
- Les fournisseurs ont une charge de travail de plus en plus lourde à cause des pénuries de

personnel, ce qui peut les mener à l'épuisement. Cette situation peut être particulièrement compliquée dans les régions rurales, éloignées ou sous-desservies où le nombre de fournisseurs disponibles pour offrir des soins à une large population est limité.

- Les fournisseurs ont des emplois très exigeants, y compris en nombre d'heures, en volumes de patients et en tâches administratives. Cette situation peut mener à l'épuisement physique et émotionnel et contribuer à l'épuisement professionnel.
- Les fournisseurs sont exposés quotidiennement au stress émotionnel, et doivent gérer des patients qui souffrent ou vivent des traumatismes. Ceci peut mener à une usure de compassion, un épuisement émotionnel et un épuisement professionnel.
- Les fournisseurs peuvent ne pas avoir accès au soutien dont ils ont besoin pour gérer le stress et les exigences liés à leur emploi. Cela peut comprendre l'accès à des ressources de santé mentale, le soutien par les pairs, ou des programmes de bien-être au travail.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ^{89,90}

- **Épuisement physique** : Les fournisseurs peuvent être épuisés physiquement à cause de leurs longues heures de travail et de leur lourde charge de travail, ce qui peut accroître le risque d'erreurs médicales, de mauvaises décisions et de moindre qualité des soins.
- **Stress et anxiété accrus** : Les fournisseurs peuvent ressentir du stress chronique et de l'anxiété, ce qui peut avoir une incidence sur leur santé mentale et leur santé physique, diminuer leur qualité de vie et augmenter le risque d'erreurs médicales.
- **Déséquilibre travail-vie personnelle** : Les fournisseurs peuvent avoir des difficultés à concilier travail et vie personnelle, ce qui diminue leur qualité de vie et augmente le stress et le risque d'épuisement professionnel.
- **Diminution du sentiment d'accomplissement** : Les fournisseurs peuvent se sentir peu valorisés et ressentir un manque d'épanouissement personnel ou professionnel dans leur travail, ce qui entraîne des taux de roulement élevés et des départs précoces à la retraite.

Recommandation n° 21. Les programmes locaux de cancérologie, en collaboration avec les dirigeants d'organismes, devraient élaborer un plan détaillé en faveur du bien-être des fournisseurs.

21.1. Les organismes devraient :

- déterminer les causes profondes de l'épuisement des fournisseurs;
- mettre en œuvre les changements proposés pour remédier à ces problèmes;
- mesurer et évaluer l'évolution du bien-être des fournisseurs;
- créer des postes de direction chargés de veiller au bien-être des fournisseurs.

21.2. Les organisations devraient tenir compte du bien-être des fournisseurs dans le cadre de tout changement de processus ou de politique, y compris dans les services de technologie et d'information sur la santé.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Culture de travail axée sur le soutien** : Les organismes de soins de santé qui accordent la priorité au bien-être du personnel et favorisent une culture de travail positive peuvent contribuer à réduire le risque d'épuisement professionnel et à améliorer le bien-être parmi les fournisseurs. Pour cela, il faut notamment encourager la conciliation travail-vie personnelle, offrir des ressources d'aide à la gestion du stress et promouvoir la communication ouverte.
- **Ressources et dotation adéquates** : Les fournisseurs de soins de santé qui sont surchargés et travaillent dans des établissements où il manque du personnel sont plus susceptibles de subir un épuisement professionnel. En offrant des ressources et des niveaux de dotation en personnel adéquats, on peut réduire la charge de travail et soutenir le bien-être des fournisseurs.
- **Éducation et formation** : Fournir une formation et de l'information sur la gestion du stress, les habiletés d'adaptation et les soins personnels peut aider les fournisseurs à acquérir des compétences pour gérer leur stress et éviter l'épuisement professionnel.
- **Flexibilité et autonomie** : Les fournisseurs qui bénéficient d'une certaine marge de manœuvre et d'autonomie dans leur travail peuvent ressentir une plus grande satisfaction professionnelle et plus de bien-être.
- **Technologies et innovation** : L'introduction appropriée et l'utilisation efficiente de technologies et d'innovations peuvent contribuer à simplifier les tâches administratives et

à réduire la charge de travail des fournisseurs, libérant ainsi du temps qu'ils pourront consacrer aux soins des patients et réduisant le risque d'épuisement professionnel.

- **Soutien par les pairs :** Les programmes de soutien par les pairs et les réseaux peuvent apporter aux fournisseurs un soutien émotionnel et des possibilités d'apprentissage et de perfectionnement.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Organismes

- Préparer une analyse de rentabilisation destinée à la direction de l'organisme pour demander des investissements financiers initiaux et continus afin d'assurer le bien-être des fournisseurs.
 - Cela comprend les coûts associés au maintien en poste ou au recrutement des fournisseurs de soins de santé et du personnel administratif, au taux de roulement des ressources humaines dans le domaine de la santé, à la baisse de productivité ainsi qu'aux risques financiers et aux menaces pour la viabilité à long terme de l'organisme. Les répercussions peuvent être une baisse de la qualité des soins, une diminution de la satisfaction des patients et la survenue de problèmes de sécurité pour les patients qui peuvent survenir à cause de l'épuisement professionnel des fournisseurs.
 - Un article de [Shanafelt and colleagues \(2017\)](#) (en anglais seulement) présente plusieurs outils d'aide à la préparation de l'analyse de rentabilisation.
- Passer en revue et partager les ressources suivantes avec la direction de l'organisme :
 - Programmes en ligne et guides spécialement conçus pour encourager les dirigeants à comprendre l'épuisement professionnel, le harcèlement et la violence au travail et d'autres problèmes liés au bien-être des fournisseurs et à en tenir compte. Exemples : Hôpital Michael Garron : [Présentation PowerPoint destinée à la direction](#) (en anglais seulement), Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) : [Nursing Through Crisis](#) (en anglais seulement), AIIO : [Preventing and Mitigating Nurse Fatigue in Health Care](#) (en anglais seulement), Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) [Resources for Violence and Harassment](#) (en anglais seulement), American Medical Association (AMA) : [Steps Forward Program](#) (en anglais seulement), Ontario Medical Association (OMA) : [Healing the Healers - System-Level Solutions to Physician Burnout](#) (en anglais seulement), Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto : [Supporting the Resilience of the Pharmacy Workforce](#) (en anglais seulement).
 - Ressources pour aider les dirigeants à veiller aux bonnes pratiques d'évaluation et aux bons résultats en utilisant des outils validés pour évaluer les aspects liés à l'épuisement professionnel et au bien-être. Exemples : [RNO Work and Well-being Survey](#) (en anglais seulement), [Maslach Burnout Inventory](#) (en anglais seulement), [Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins](#), [Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States](#), [Assessment of Physician Well-being, Part Two: Beyond Burnout](#) (en anglais seulement).

seulement).

- Ressources pour aider les dirigeants à améliorer le bien-être des fournisseurs par des interventions dirigées par l'organisme. Exemples : Hôpital Michael Garron : [Providing Care and Support for our Staff](#), [Emotional Support Handout \(en anglais seulement\)](#), [Emotional Support Response Team: Guiding Principles for Leadership](#) (en anglais seulement), Institut canadien pour la sécurité des patients : [Créer un espace sûr – Trousse d'outils](#)
- Modifier les politiques de programmation :
 - Des heures de travail en décalé pour concorder avec les heures prolongées dans les cliniques d'oncologie et les salles de traitement systémique, des équipes médicales volantes, le partage d'emploi ou des compétences transversales pour combler les absences ou assurer le travail en dehors des heures normales, les heures déficitaires.
 - Des congés avec protection d'emploi et des garanties supplémentaires pour permettre aux cliniciens de contribuer aux principales tâches administratives comme la préparation préclinique, l'élaboration et le maintien de protocoles sur le régime de traitement systémique, les inscriptions et demandes de financement des médicaments, la gestion des pénuries en médicaments et la réponse aux enquêtes provinciales en cas de problème.
- Stratégies à l'appui d'une intégration harmonieuse des outils de santé numérique au flux de travail :
 - Inclure les fournisseurs en tant que partenaires clés dans les processus d'acquisition, de conception, de mise en œuvre, d'optimisation continue des outils de santé numériques et dans les transitions vers les plateformes de gestion des dossiers médicaux électroniques.
 - Réaliser des évaluations régulières des répercussions sur le bien-être des fournisseurs des services, nouveaux et existants, de gestion des renseignements sur la santé, ainsi que des outils électroniques utilisés pour la prestation des soins.
 - Créer des communautés de pratique avec d'autres organismes pour découvrir et partager les stratégies sur les outils de santé numérique et les transitions vers les plateformes de gestion des dossiers médicaux électroniques.

Premières Nations, Inuits, Métis et populations autochtones vivant en milieu urbain

Les Autochtones ne sont pas un autre groupe ethnique au Canada, mais des nations distinctes reconnues par la Constitution ayant des droits ancestraux et issus de traités (art. 35 de la *Loi constitutionnelle* de 1982)⁹¹. En raison des conséquences du passé colonial et postcolonial, les Autochtones sont confrontés à davantage d'obstacles pour accéder aux services de santé, reçoivent des soins qui ne respectent pas leur culture et sont victimes de racisme systémique. Ces recommandations sont importantes pour s'assurer que le système de santé de l'Ontario reflète les besoins des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, et en tient compte, tout en étant en harmonie avec les appels à l'action n^{os} 18 à 24 de la Commission de vérité et réconciliation, qui sont liés à des questions de santé, et avec la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (2019-

Quelles sont les difficultés actuelles?

- Les patients peuvent ne pas faire part de leur appartenance à un groupe autochtone ou ne pas être au courant que des ressources et soutiens en milieu hospitalier sont disponibles pour les Autochtones. Par conséquent, ils n'ont pas accès à ces soutiens, comme les services d'interprétation, l'accès à un intervenant pivot pour les Autochtones ou à un coordonnateur de soins pour les Autochtones, et à la coordination de la planification des sorties pour une transition plus harmonieuse vers leur communauté.
- Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas assez sensibilisés pour mettre en relation leurs patients avec des intervenants pivots pour les Autochtones, les délais pour ce faire sont donc très longs pour les patients.
- Le processus de détermination de l'identité autochtone des patients varie d'une région ou d'une communauté à l'autre, les Autochtones ont donc un accès inégal aux services de soutien et aux ressources qui leur sont destinés.
- Ils sont souvent obligés de faire de longs déplacements depuis des régions éloignées et passent de nombreux jours loin de leur communauté pour se rendre à leurs consultations d'oncologie et bénéficier de soins de cancérologie. Cela peut être difficile à organiser et nécessite souvent l'accès à des services de soutien au transport et à l'hébergement.
- Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) offre aux Autochtones et aux Inuits admissibles un éventail de prestations de maladie qui ne sont pas couvertes par les autres programmes sociaux, les régimes d'assurance privés ou l'assurance-santé provinciale ou territoriale, notamment le transport et l'hébergement pour les patients ou membres de la famille lorsque des déplacements sont requis pour accéder à des services de santé nécessaires sur le plan médical. Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas assez sensibilisés aux processus d'accès au programme SSNA, ces services de soutien ne sont donc pas proposés de manière uniforme aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles.
- Les intervenants pivots ne sont pas autorisés à transmettre des lettres au programme SSNA au nom de leurs patients, ce qui entraîne des retards et des arriérés dans l'accès aux services.
- Les points de vue des Autochtones sont souvent mal interprétés ou même rejetés par les non-Autochtones, dont les avis ne sont pas adaptés à la culture autochtone et qui perpétuent un racisme systémique.
- Les membres des équipes de soins oncologiques manquent de connaissances sur la sécurité culturelle et la sensibilisation concernant les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et les effets des traumatismes intergénérationnels et de la colonisation sur les peuples autochtones.
- Les intervenants pivots et les fournisseurs autochtones ne sont pas assez soutenus ou dotés en ressources, ils se retrouvent donc surchargés par le volume de travail et les postes vacants d'intervenants pivots sont difficiles à pourvoir ou pourvus de façon

incohérente.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ⁹⁴⁻⁹⁹

- **Amélioration de l'accès aux soins pour les patients** : Certains patients autochtones rencontrent des difficultés pour s'y retrouver au sein du système de soins de cancérologie en raison du manque de lieu sûr et de sensibilisation aux soutiens dédiés aux Autochtones, comme les intervenants pivots pour les Autochtones. Les problèmes d'accès au transport contribuent également à des rendez-vous manqués et à des soins retardés, ce qui entraîne potentiellement une détérioration de leur état de santé. Les éléments administratifs et logistiques, y compris la coordination de la programmation de rendez-vous, le transport et la paperasserie, représentent des obstacles considérables à l'obtention de bons résultats de santé pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain atteints d'un cancer.
- **Amélioration de l'expérience de navigation des patients** : Les intervenants pivots pour les Autochtones jouent un rôle vital en offrant des services de soutien et de défense des droits aux patients issus des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain, en s'assurant que leur parcours de lutte contre le cancer se déroule dans le respect de leur culture. Le recours à un intervenant pivot pour les Autochtones permet de mettre les patients autochtones en relation avec des services de soutien et des ressources adaptés sur le plan culturel, et ce, en temps opportun. Cela permet d'améliorer leur expérience des soins de santé.
- **Diminution de la charge inutile sur le système de santé** : La normalisation des processus, comme la mise en œuvre de processus d'autodéclaration volontaire et confidentielle pour les patients autochtones, peut permettre d'optimiser les ressources en soins de santé. Cette approche simplifiée permet d'offrir des soins de santé de façon plus efficace et efficiente, ce qui est bénéfique pour les patients et pour le système de santé.
- **Amélioration de l'accès aux services de santé non assurés** : L'accès au programme des Services de santé non assurés (SSNA) qui aide les patients issus des Premières Nations et Inuits et leur famille dans leurs déplacements depuis des régions éloignées, est important pour assurer l'accès aux soins de santé pour ces patients. Malgré la disponibilité des prestations de santé par le biais du programme des Services de santé non assurés (SSNA), l'accès à ces services de soutien peut être difficile, et il y a des limites quant à l'ampleur des soutiens offerts.
- **Amélioration de la collecte des données sur l'identité autochtone** : La collecte des données sur l'identité autochtone est importante pour mesurer, déterminer et comprendre les iniquités en santé. Ces données permettent d'orienter la planification et l'élaboration de services répondant aux besoins uniques des patients et des communautés des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain. La mise en œuvre d'un processus d'autodéclaration volontaire, confidentiel et communautaire pour les patients qui se définissent comme Autochtones appuie la prestation efficiente et efficace des soins de santé.

- **Amélioration de l'expérience des patients** : Établir un processus d'autodéclaration clair et uniforme permet d'améliorer la satisfaction des patients et de réduire l'anxiété parmi les patients autochtones. Cela permet aux patients autochtones de mieux comprendre les ressources et soutiens mis à leur disposition, comme les services des intervenants pivots, les services de traduction et d'interprétation et la planification des sorties vers leur communauté. Les guérisseurs traditionnels, les gardiens du savoir et les Aînés doivent être invités à prendre part aux partenariats médicaux, aux processus décisionnels et aux soins des patients afin de répondre aux besoins uniques des patients autochtones de manière holistique et intégrée.
- **Utilisation efficiente des ressources** : La mise en place d'un processus d'autodéclaration volontaire et confidentiel pour les patients autochtones peut permettre d'améliorer l'utilisation efficiente des ressources de l'hôpital et des intervenants pivots pour les Autochtones, ainsi que le recours à ces derniers.
- **Amélioration des résultats des patients** : Les données probantes récentes indiquent que les partenariats de services de santé dirigés par des Autochtones entraînent des améliorations de la santé globale des patients autochtones. De tels partenariats permettent d'accroître l'accès aux soins et de promouvoir l'observance des plans de traitement par les patients, améliorant en fin de compte leurs résultats.

Recommandation n° 22. Les programmes locaux de cancérologie devraient élaborer et mettre en œuvre un processus d'autodéclaration volontaire et confidentielle pour les patients qui s'identifient comme membres des Premières Nations, Inuits, Métis ou Autochtones vivant en milieu urbain afin d'enrichir l'expérience des patients, d'améliorer les services de santé, de cerner l'étendue des besoins dans le système de santé et de générer des données permettant de mesurer l'efficacité des soins de santé pour les patients autochtones.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Dossier de santé électronique (DSÉ)** : Les DSÉ offrent l'accès en temps réel aux renseignements sur les patients et aux outils d'aide à la prise de décisions cliniques. Cela peut aider les programmes régionaux de cancérologie à prendre des décisions plus éclairées sur la mise en relation des patients et familles avec des fournisseurs pluridisciplinaires, comme les intervenants pivots pour les Autochtones.
- **Processus et protocoles normalisés** : L'élaboration de flux de travail et protocoles normalisés pour l'autodéclaration peut aider à assurer la prestation uniforme, efficiente et efficace des soins.
- **Formation** : En s'assurant que les fournisseurs de soins de santé sont formés au

processus d'autodéclaration pour les patients autochtones, et ont suivi une formation sur les principes de gouvernance des données autochtones, on peut faciliter et améliorer l'accès des patients aux services et soutiens dédiés aux Autochtones.

- **Collecte des données** : La collecte des données démographiques sur les patients peut aider les programmes régionaux de cancérologie à mieux comprendre les besoins en matière de santé des personnes et communautés autochtones dans leurs régions. Ces données démographiques peuvent également aider à orienter les programmes et services de santé des partenaires autochtones. Le respect des principes de gouvernance des données autochtones et la mobilisation respectueuse de la communauté peuvent permettre de faciliter la collecte de données au profit de la communauté, en mettant en place des mesures proactives afin de réduire le risque de préjudice.
- **Partenariats et collaborations** : Les partenariats avec des dirigeants autochtones sont essentiels pour appuyer l'élaboration conjointe d'un processus d'autodéclaration volontaire pour les patients, familles et aidants autochtones.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Un processus d'autodéclaration volontaire doit être élaboré conjointement en partenariat avec les dirigeants autochtones de la région.
- Il faut systématiquement demander à tous les patients s'ils souhaitent faire une autodéclaration volontaire :
 - La réponse doit être documentée dans le DMÉ du patient.
 - Si le champ est laissé vide, il faut poser la question au patient lors de la rencontre suivante.
 - Il faut mettre en œuvre des options et processus pour permettre aux patients de choisir de ne pas répondre et leur poser à nouveau la question à la rencontre suivante.
- Les principes de gouvernance des données autochtones doivent être respectés lors de l'élaboration du processus d'autodéclaration.

Recommandation n° 23. Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient connaître le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et la manière dont les patients inuits et des Premières Nations admissibles peuvent avoir accès à celui-ci.

23.1. Santé Ontario devrait préconiser au programme des SSNA de modifier ses processus de manière à :

- permettre aux intervenants pivots pour les Autochtones d'approuver les demandes des patients.
- rendre son offre de soutien plus souple pour permettre à d'autres aidants et membres de la famille d'accompagner facilement les patients inuits et des Premières Nations à des rendez-vous médicaux et à des examens préalables à l'évaluation.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Responsable des services de santé non assurés (SSNA) :** Désigner un responsable formé et en mesure d'aider à l'administration et à la gestion de la paperasserie relatives aux SSNA. Cette responsabilité ne doit pas reposer entièrement sur les épaules de l'intervenant pivot pour les Autochtones.
- **Éducation et formation :** Offrir aux fournisseurs de soins de santé une formation et de l'information sur les services de soutiens disponibles et les difficultés liées au programme des SSNA pour les patients, les familles et les aidants autochtones, afin d'améliorer l'offre de soins axés sur le patient.
- **Flux de travail et processus normalisés :** La mise en place de flux de travail et de processus normalisés pour la présentation des demandes de participation au programme des SSNA, ainsi que pour la communication au sein de l'équipe de soins oncologiques, peut permettre d'assurer une prestation des soins uniforme, efficiente et efficace. Un processus de demande normalisé, coordonné par le responsable des SSNA, peut contribuer à simplifier les tâches administratives et à réduire la charge de travail des fournisseurs, libérant ainsi du temps qu'ils pourront consacrer aux soins des patients et réduisant le risque d'épuisement professionnel.
- **Coordination des soins :** La coordination des soins entre l'équipe de soins oncologiques, les intervenants pivots pour les Autochtones et d'autres fournisseurs de soins de santé et communautaires est essentielle pour s'assurer que les patients issus des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain bénéficient d'un accès aux prestations de santé. Cela peut comprendre le partage de renseignements sur les patients, le traitement des demandes et la coordination des déplacements et de l'hébergement.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les

Programmes locaux de cancérologie

- Si les fournisseurs d'organismes locaux ne sont pas couverts par le programme des SSNA, les organismes locaux doivent collaborer avec le programme pour ajouter ces fournisseurs, si possible.
- Veiller à ce que les renseignements sur les fournisseurs approuvés par le programme des SSNA dans la région soient transmis aux patients, familles et aidants.
- Les fournisseurs de soins de santé peuvent communiquer avec les [intervenants pivots des SSNA de Chiefs of Ontario](#) pour obtenir d'autres services de soutien destinés aux patients issus des Premières Nations.
- Les fournisseurs de soins de santé peuvent consulter le site sur les [Services de santé non assurés](#) et la page des coordonnées pour l'[Ontario](#) afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- L'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) recommandera au programme des SSNA de mettre à jour les processus de présentation des demandes et les critères d'admissibilité en vue d'une approbation.

Recommandation n° 24. Il est recommandé de s’associer aux dirigeants autochtones et aux fournisseurs de soins de santé pour concevoir des ressources destinées aux patients et des politiques et processus de prestation de soins reposant sur une démarche communautaire, participative et collaborative, ainsi que pour intégrer le savoir culturel à tous les aspects des soins.

24.1. Il est recommandé de faciliter l’embauche de Premières Nations, d’Inuits, de Métis et d’Autochtones vivant en milieu urbain à des postes de navigation, de coordination, de soutien par les pairs et d’élaboration de ressources au sein des programmes régionaux de cancérologie.

24.2. Santé Ontario, en partenariat avec les programmes régionaux de cancérologie, devrait préconiser l’officialisation de l’expansion du rôle d’intervenant pivot pour les Autochtones et l’affectation de ressources appropriées à ce poste dans toutes les régions afin de coordonner et mettre les patients en liaison avec les programmes de soins communautaires et de services sociaux, d’organiser des services d’interprétation et de faciliter l’établissement de liens entre les aînés autochtones, les guérisseurs traditionnels ou les gardiens du savoir et l’équipe d’oncologie.

24.3. Les équipes d'oncologie devraient travailler en partenariat avec les Aînés, les guérisseurs traditionnels, les gardiens du savoir et les fournisseurs autochtones pour appuyer la prestation de soins holistiques répondant aux besoins culturels, sociaux et médicaux des personnes autochtones.

24.4. Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient être tenus de suivre une formation obligatoire sur la sécurité culturelle et la sensibilisation à la culture autochtone afin d'assurer la prestation de soins axés sur la personne et adaptés sur le plan culturel.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Ressources et dotation adéquates** : Les fournisseurs de soins de santé qui sont surchargés et travaillent dans des établissements où il manque de personnel sont plus susceptibles de subir un épuisement professionnel. En fournissant des ressources et des niveaux de dotation en personnel adéquats pour les rôles d'intervenants pivots pour les Autochtones, on peut réduire la charge de travail et contribuer au bien-être des fournisseurs, ainsi qu'améliorer l'accès aux soins pour les patients.
- **Pratiques traditionnelles et culturelles** : Les équipes d'oncologie devraient travailler en partenariat avec les Aînés, les guérisseurs traditionnels, les gardiens du savoir et les fournisseurs autochtones pour appuyer la prestation de soins holistiques répondant aux besoins culturels, sociaux et médicaux des personnes autochtones.
- **Évaluation des besoins** : Une évaluation des besoins contribuera à la planification, à la détermination des lacunes en matière de services et à la demande d'intervenants pivots pour les Autochtones supplémentaires ou d'autres fonctions de coordination et de soutien par les pairs dans chaque programme régional de cancérologie.
- **Éducation et formation** : Tous les fournisseurs de soins de santé et le personnel des programmes régionaux de cancérologie devraient avoir suivi une formation sur la sécurité culturelle et la sensibilisation à la culture autochtone pour mieux comprendre l'histoire et la

culture des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, ainsi que les répercussions de la colonisation sur la santé de ces peuples. Cette formation aidera les fournisseurs de soins de santé à offrir des soins axés sur la personne et respectueux de sa culture.

- **Soins offerts avec compassion et respect** : Les soins oncologiques pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain devraient être offerts avec compassion et respect, en tenant compte des valeurs, des préférences et des croyances culturelles du patient et selon les principes de la prise de décision partagée. Une meilleure compréhension de la sensibilisation à la culture autochtone et du respect de cette culture permettra aux fournisseurs de soins de santé d'aider les patients à avoir accès aux soins et à des services de soutien et ressources adaptés.
- **Partenariats et collaborations** : Établir et maintenir des partenariats et collaborations entre les programmes régionaux de cancérologie et les communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain et les organismes autochtones pour établir des modèles novateurs de collaboration interprofessionnelle. Ces relations sont essentielles pour appuyer l'élaboration conjointe de fiches d'information et de ressources pour les patients, familles et aidants autochtones et de processus et politiques sur l'offre de soins.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Faire correspondre la mise en œuvre des recommandations avec la [Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain \(2019-2023\)](#) et les versions suivantes.

Pour le point 24.2 :

- Les équipes de soins oncologiques, y compris les travailleurs sociaux, doivent connaître le poste d'intervenant pivot pour les Autochtones et son rôle dans l'offre des soins de santé aux patients autochtones.
- Élaborer un plan de transition ou un document d'orientation destiné aux équipes de soins oncologiques et au personnel pour les aider en cas d'absence ou de congé de l'intervenant pivot pour les Autochtones.
- Envisager d'élaborer un fiche de ressources destinée à l'équipe de soins oncologiques qui comprend des renseignements sur les programmes, soutiens, ressources, politiques sur les pratiques culturelles, espaces de guérison autochtones et principales personnes-ressources pour les Autochtones. Cela permettra d'assurer la continuité des soins même en l'absence d'intervenant pivot pour les Autochtones.
 - Consulter les ressources du programme régional de cancérologie de Toronto, par exemple : <https://www.trcp.ca/en/indigenous-cancer-program> (en anglais seulement).

Pour le point 24.4 :

- Tous les programmes locaux de cancérologie devraient promouvoir l'information et la formation sur la sensibilisation à la culture autochtone et le respect de la culture autochtone pour l'équipe de soins oncologiques. Voici les principales ressources :
 - Cours en ligne sur les relations avec les Autochtones et la sensibilisation culturelle de Santé Ontario (en anglais seulement) : <https://elearning.cancercare.on.ca/>.
 - Les cliniciens devraient en priorité suivre les 4 modules ci-après : 1) *First Nations, Inuit and Métis Culture, Colonization, and the Determinants of Health*; 2) *Indigenous History and Political Governance*; 3) *Cultural Competence in Healthcare*; et 9) *Truth and Reconciliation Commission of Canada and the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*.
 - Formation sur le respect de la culture autochtone de l'Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC) (en anglais seulement) : <https://iphcc.ca/cultural-safety-training/>.
 - Programme de formation antiracisme sur le respect de la culture autochtone de San'Yas (en anglais seulement) : <https://sanyas.ca/core-training/ontario>.
 - Rapport sur les appels à l'action (n^{os} 18 à 24) liés à la santé de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Étudier les possibilités de financement pour ajouter des postes d'intervenant pivot pour les Autochtones.
- Collaborer avec les programmes régionaux de cancérologie afin de mieux saisir la situation actuelle des services d'intervenants pivots pour les Autochtones dans les centres et discuter des possibilités d'ajout de nouveaux postes, d'amélioration de l'intégration, du maintien en poste et de la dotation des postes vacants.

Populations francophones et groupes en quête d'équité

Il existe des lacunes importantes dans la compréhension des besoins et obstacles uniques en matière d'accès aux soins pour les personnes appartenant à divers groupes en quête d'équité. Ces groupes sont notamment les personnes francophones, les personnes noires et racisées, les membres de la communauté 2ELGBTQI+, les immigrants, les réfugiés, les nouveaux arrivants en Ontario, les patients handicapés, les adolescents et les jeunes adultes, les personnes ayant un faible revenu et manquant de ressources pour assurer leur bien-être physique à long terme, ainsi que les personnes chez qui ces identités se recoupent.

Des études canadiennes indiquent que les personnes touchées de façon disproportionnée par des iniquités en matière de santé et sociales sont confrontées à des difficultés importantes quant à l'accès aux soins de cancérologie adéquats, entraînant des taux de mortalité supérieurs à ceux du

reste de la population. Ces groupes sont plus susceptibles d'être sous-représentés dans les programmes locaux de cancérologie, de recevoir un diagnostic de cancers évitables ou déjà à des stades avancés de la maladie, de recevoir des soins de cancérologie qui ne sont pas optimaux et de présenter des taux de mortalité supérieurs au reste de la population en raison de cancers qui sont généralement soignables ou traitables¹⁰⁰.

Les patients, les familles et les aidants francophones accèdent généralement au système de cancérologie avec du retard en raison d'un manque de connaissances de la part des fournisseurs concernant les services de santé et les soutiens communautaires disponibles en français. La *Loi sur les services en français* (LSF) garantit l'accès à des services en français dans 27 régions désignées de la province. Environ 80 % des francophones vivent dans une région désignée, et la plus grande concentration se trouve dans les régions de l'Est et du Nord-Est¹⁰¹. En vertu de la LSF, il y a plus de 250 organismes désignés, y compris des hôpitaux et des organismes de santé communautaires, qui ont la capacité d'offrir activement et en permanence des services en français et ont satisfait aux critères de désignation en offrant des services en français. [Un nouveau Règlement](#) sur l'offre active de services en français est entré en vigueur le 1^{er} avril 2023. Il décrit les mesures que doivent prendre les organismes gouvernementaux, y compris les organismes de santé désignés comme les hôpitaux.

Les recommandations suivantes visent à créer un système de santé plus équitable et inclusif qui tienne compte des besoins divers, culturels et linguistiques des patients et répondent aux difficultés uniques rencontrées par les communautés sous-représentées, leur assurant ainsi l'accès à des soins de grande qualité. Cela ne doit pas empêcher que l'équité soit un élément prépondérant à prendre en compte lors de la mise en œuvre de toutes les autres recommandations de ce document.

Quelles sont les difficultés actuelles?

- La disponibilité des services dans la langue dans laquelle les patients sont les plus à l'aise est limitée; les patients ont donc peu accès à des ressources dans la langue souhaitée. Il peut s'agir de renseignements au sujet des options de traitement, de la gestion des symptômes et de la toxicité, des consignes sur les médicaments, ainsi que des coordonnées de personnes-ressources à qui s'adresser en cas de questions et de préoccupations.
- Les difficultés rencontrées par les patients, les familles et les aidants pour accéder à des services de soins en français compliquent leur orientation au sein du système de cancérologie et retardent leur mise en relation avec les services de soutien et ressources appropriés.
- Les fournisseurs de soins de santé manquent de connaissances ou de sensibilisation concernant l'offre active de services en français, conformément à la *Loi sur les services en français* et ses Règlements. En vertu de la LSF, les patients doivent avoir la possibilité de recevoir des services en français dans plus de 200 organismes désignés de la province, y compris certains hôpitaux et organismes de santé communautaires.
- Les fournisseurs de soins de santé manquent de connaissances et de sensibilisation concernant les services de soutien et les ressources communautaires disponibles pour les

patients francophones et leurs aidants et leur famille.

- Les fournisseurs et le personnel des programmes de cancérologie ne sont pas assez sensibilisés aux risques associés aux obstacles linguistiques, y compris l'utilisation d'un langage non inclusif, qui peuvent mener à des malentendus, à une baisse de la qualité des soins et à la mise en danger des patients.
- Les programmes de cancérologie connaissent mal et utilisent peu les services professionnels de traduction et d'interprétation.
- Les patients, les familles et les aidants de populations en quête d'équité peuvent être en situation d'insécurité financière, d'insécurité alimentaire, rencontrer des difficultés quant au transport et des obstacles linguistiques et de communication, ce qui peut considérablement limiter l'accès au traitement contre le cancer et aux services de soutien.
- Les services de soutien et ressources communautaires personnalisés pour les patients, les familles et les aidants des groupes et communautés en quête d'équité ne sont pas assez connus. Les patients ont des difficultés à s'y retrouver au sein du système de cancérologie et peuvent ne pas être orientés vers les principaux services de soutien et ressources (p. ex., services psychosociaux, soutiens en santé mentale, programmes de bien-être, nutrition, activité physique, programmes de soutien par les pairs) en temps opportun.
- Les patients de divers groupes en quête d'équité peuvent recevoir des soins ne respectant pas leur culture. Le langage discriminatoire et l'utilisation de microagressions par certains fournisseurs de soins de santé ou membres du personnel ont des conséquences considérables sur l'expérience des patients et peuvent exacerber leur sentiment d'inconfort et de défiance vis-à-vis du système de cancérologie ou de l'équipe de soins.
- Les nouveaux arrivants et les immigrants sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé en raison de leur connaissance limitée du système, d'un isolement social et d'obstacles financiers en matière d'accès à l'assurance-santé.

Pourquoi est-il important de répondre à ces problèmes? ^{97,100,102-104}

- **Respect des obligations éthiques et juridiques** : Les fournisseurs de soins de santé sont tenus par la loi d'offrir des services actifs en français dans les organismes désignés, conformément à la *Loi sur les services en français*. En surmontant les difficultés liées à l'offre de soins, on favorise la conformité et on respecte les droits linguistiques. De plus, il est essentiel d'étendre ces obligations éthiques aux groupes en quête d'équité pour promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité. Le respect de ces obligations permet de s'assurer que tous les patients reçoivent des soins appropriés, de manière respectueuse.
- **Amélioration de l'expérience et de la satisfaction des patients** : En répondant aux difficultés liées aux obstacles linguistiques, au non-respect de la culture et à la connaissance limitée des services de soutien communautaires dédiés, nous pouvons améliorer l'expérience globale du patient. Les patients, les familles et les aidants se sentent mieux soutenus, respectés et compris, ce qui améliore leur degré de satisfaction quant au système de santé et encourage

leur participation à leurs propres soins.

- **Amélioration des résultats des patients** : L'accès à des ressources d'information dans une langue donnée, les services de soutien appropriés et les orientations en temps opportun peuvent mener à une meilleure compréhension des options de traitement, ainsi qu'à une amélioration de la gestion des symptômes et des cas de toxicité, de l'observance des consignes liées aux médicaments et de la qualité globale des soins. Les résultats de santé du patient peuvent alors être améliorés et les taux de mortalité réduits.
- **Amélioration de l'orientation et de l'accès au système de santé** : Lorsque les patients ont accès à des ressources et des services de soutien appropriés, ils peuvent s'y retrouver plus efficacement dans le système, ce qui réduit les délais d'accès aux soins et améliore leur coordination. Les intervenants pivots pour les patients peuvent également faciliter l'accès à des services et soutiens complets et les plus adaptés possible aux besoins individuels de chaque patient en trouvant des services de soutien dédiés, en facilitant la communication avec les fournisseurs et en donnant de l'information aux patients. Des services de santé et des ressources accessibles contribuent également au bien-être global des patients et les aident à surmonter les obstacles liés à l'isolement social et à leurs connaissances limitées du système de santé.
- **Amélioration de la sécurité des patients** : En renforçant la sensibilisation aux obstacles linguistiques et en encourageant l'utilisation de services professionnels de traduction et d'interprétation, on assure la communication entre les patients, les familles, les aidants et les fournisseurs de soins. Une communication claire réduit le risque d'erreur de diagnostic, d'erreurs médicales et d'atteinte à la sécurité des patients.

Recommandation n° 25. Les programmes locaux de cancérologie devraient permettre aux patients de se déclarer membres d'une communauté ou d'un groupe et d'indiquer leurs préférences ou besoins particuliers au début de leur traitement contre le cancer, en veillant à ce qu'ils bénéficient de renseignements et de mesures de soutien appropriés, notamment des services de traduction et d'interprétation accessibles tout au long de leur parcours de soins.

25.1. Conformément à la *Loi sur les services en français* de l'Ontario, les équipes d'oncologie devraient identifier les patients francophones et être en mesure d'offrir des services en français aux patients, à leur famille et à leurs aidants.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Éducation et formation :** Le personnel administratif et le personnel clinique auraient besoin d'être formés aux processus d'identification des patients pour recueillir les données sociales et démographiques, comme l'origine ethnique du patient, son identité de genre, son appartenance à un groupe racisé, son choix de pronoms ou de soutiens, ainsi que l'offre de ressources et de services de soutien selon le profil du patient. Pour cela, il faut comprendre l'importance des compétences culturelles et de la sensibilisation aux réalités linguistiques, en particulier lorsqu'il s'agit de différentes populations de patients. Le personnel peut tirer parti d'une formation sur la prestation d'offre active de services en français. Pour les patients francophones, il serait nécessaire d'offrir aux fournisseurs de soins de santé une formation linguistique ou d'assurer la disponibilité d'interprètes formés.
- **Infrastructure technologique :** Un solide système de TI serait important pour saisir et tenir à jour les données démographiques des patients, en veillant à ce que des documents de soutien soient disponibles et actualisés, et en coordonnant les services pendant toute la durée du traitement. Les technologies d'interprétation ou de traduction à distance et en temps réel devraient aussi être étudiées.
- **Outils normalisés de collecte des données :** Les outils normalisés d'évaluation et de collecte des données peuvent aider les programmes locaux de cancérologie à mieux comprendre les besoins culturels, linguistiques et de santé des francophones et des populations sous-desservies.

- **Collaboration et partenariats** : L'établissement de solides relations avec les organismes communautaires, les services d'interprétation, les groupes de défense des patients et d'autres intervenants pertinents serait essentiel pour offrir des services de soutien complets et permettre aux patients d'accéder à des programmes et ressources personnalisés qui répondent aux besoins des personnes et des groupes en quête d'équité. Ces partenariats et ces relations de travail peuvent aussi faciliter une meilleure compréhension de la culture et promouvoir la mise en place de soins plus axés sur le patient.
- **Leadership et gouvernance** : Un solide leadership à tous les niveaux (du gouvernement aux gestionnaires des programmes locaux de cancérologie en passant par les dirigeants du système) est nécessaire pour promouvoir ces changements et assurer leur durabilité. Une structure de gouvernance appropriée devrait être établie pour superviser la mise en œuvre et la gestion continue de ces recommandations.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Les patients devraient pouvoir déclarer leur appartenance ou leur association à une communauté sur leurs profils de patients individuels, indiquer leur choix de pronoms et de soutiens et des données démographiques. Ces renseignements peuvent être utilisés pour créer une liste personnalisée de ressources, de programmes et de services de soutien fondés sur les besoins, les préférences et les priorités des patients.
- Examiner les ressources suivantes pour mieux comprendre la [population francophone de l'Ontario](#) :
 - [Infographic: The French Presence in Ontario](#) (Infographie : la présence française en Ontario, en anglais seulement);
- Nexus Santé et des organismes partenaires ont élaboré plusieurs ressources sur les sujets suivants :
 - [Collaborer avec les francophones en Ontario](#)
 - [Partie 1 : Comprendre le contexte](#);
 - [Partie 2 : Législation et appuis institutionnels](#);
 - [Comment les organisations anglophones peuvent engager les francophones?](#);
 - [Recruiting and retaining bilingual staff.](#) (Recruter et maintenir en poste du personnel bilingue, en anglais seulement).
- Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario possède une [plateforme en ligne pour aider les organismes de santé à recruter et maintenir en poste le personnel bilingue](#) afin d'offrir des services dans les deux langues officielles.
- Repérer les lacunes en matière de services en français dans la région et développer des partenariats avec des organismes communautaires pour trouver des services de soutien et des ressources pour les francophones et faciliter l'accès.
- Envisager d'utiliser les technologies d'interprétation médicale certifiées en temps réel.

- Établir des partenariats avec des services d'interprétation communautaires.
- Santé Ontario offre un programme d'apprentissage en ligne gratuit, intitulé [Cultural and Linguistic Sensitive Care](#) (en anglais seulement) qui présente aux fournisseurs de soins de santé les éléments historiques, démographiques et caractéristiques de la population francophone.
 - Formation sur l'offre active de services en français accessible et offerte à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de promouvoir des soins sécuritaires et axés sur le patient :
 - Le Réseau du mieux-être francophone du Nord a élaboré avec d'autres entités un cours en ligne gratuit sur l'offre active de services de santé en français : <https://formationoffreactive.ca/>.
 - [Entité 3 a élaboré une formation en ligne gratuite sur l'offre active](#) qui décrit les besoins des francophones de la région du Grand Toronto.
 - Désignation de personnel capable d'offrir des services en français et mise en relation des patients avec ce personnel pour s'assurer que les services sont offerts dans la langue comprise par le patient.
 - Sensibilisation et accès aux services d'interprétation médicale, d'interprétation en langue des signes américaine et de traduction dans chaque programme local de cancérologie :
 - <https://accessalliance.ca/access-alliance-language-services/>;
 - Remote Interpretation Ontario Network (réseau d'interprétation à distance de l'Ontario) : <https://accessalliance.ca/access-alliance-language-services/our-language-services-solutions-without-borders/remote-interpretation-ontario-network-r-i-o-network/>.
 - Les programmes locaux de cancérologie, en collaboration avec les ÉSO et d'autres services de soutien communautaires, peuvent collaborer pour renforcer la planification et la conception des services de santé en français.
 - Pour assurer la conformité à la [Loi sur les services en français](#), les éléments suivants devraient être pris en compte concernant l'offre active de services en français :
 - Accès à des services bilingues 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
 - Mécanismes d'identification proactive des patients francophones.
 - Coordination et planification des soins disponibles en français.
 - Orientation vers des services de santé en français en fonction des besoins des patients.
 - Tous les outils imprimés et numériques (y compris les sites Web) sont disponibles en français, y compris les formulaires d'admission et les documents destinés aux patients, et sont activement proposés aux patients francophones et à leurs familles.
 - Identification visible de tous les membres du personnel et fournisseurs maîtrisant le français.
- Surveiller et évaluer la capacité d'offrir des services en français par le biais

d'enquêtes de satisfaction des clients et d'échanges communautaires.

- Intégrer des questions sur l'accès aux services en français et aux préférences dans les enquêtes sur l'expérience du patient pour comprendre les besoins et les préférences linguistiques des patients.
 - Veiller à ce que les mesures du rendement relatives au cadre de référence « Quadruple Aim » soient prises et rapportées par identité linguistique.
 - Veiller à la mise en place d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction relative aux services en français (enquête de satisfaction des patients).
 - Veiller à ce qu'un mécanisme de dépôt de plaintes soit mis en place pour les services en français.
 - Les Entités ont élaboré un guide provincial sur [l'évaluation de la prestation de services en français](#) qui comprend des exemples de questions.
- Le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, en collaboration avec la Société Santé en français, a créé la page equity-link.ca/fr/, une plateforme d'apprentissage pour faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services en français dans les organismes de santé, de services sociaux ou communautaires.
- GREFOPS (une équipe de chercheurs multi-facultaire et multi-établissement) a élaboré un [outil de mesure de l'offre active de services en français en contexte minoritaire et du soutien organisationnel perçu](#).
- Déterminer les capacités linguistiques et la maîtrise de la langue de tout le personnel au sein des équipes pluridisciplinaires pour faciliter l'accès des patients aux soins dans leur langue de préférence, y compris le français.
 - Consulter la page [Auto-évaluation des compétences linguistiques orales et écrites en français](#).
- Veiller à ce que tous les membres du personnel francophones portent une épinglette ou un cordon indiquant *Je parle français* afin que les patients et les autres membres du personnel puissent les identifier.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

- Renforcer la sensibilisation, promouvoir et faciliter l'accès aux ressources et services de soutien en français et dans d'autres langues pour les fournisseurs de soins de santé, les patients et les familles sur le site Web de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), y compris :
 - Les ressources d'information des patients sur le traitement systémique, les options de traitement, la prise en charge des symptômes et des cas de toxicité;
 - Des renseignements sur les services en français disponibles en Ontario;
 - Des renseignements sur l'accès aux services d'interprétation et de traduction.
- Tirer parti des soutiens aux services en français existants créés par les partenaires du système de santé, y compris :
 - Entités de planification des services de santé en français (Entités) : consulter la [répartition des Entités dans toute la province](#) ainsi que le site Web de chaque Entité notamment [Entité 1](#), [Entité 2](#), [Entité 3](#), [Entité 4](#), [RSSFE](#), et [RMEFNO](#);
 - [Ressources](#) sur les services en français pour les équipes Santé Ontario;

- Représentants régionaux des services de santé en français de Santé Ontario;
- equity-link.ca/fr/, une plateforme d'apprentissage pour faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services en français dans les organismes de santé, de services sociaux ou communautaires.
- Collaborer avec les entités régionales de planification des services de santé en français, les représentants régionaux des services en français et les fournisseurs de services de santé pour trouver et appuyer l'élaboration de ressources afin de faciliter la planification et la prestation de services en français dans les établissements de santé et de soins oncologiques.
- Plaider en faveur de l'intégration de l'accès aux langues dans les normes de pratique et les politiques des organismes, y compris les programmes locaux de cancérologie et dans les mesures de rendement du système de soins de cancérologie.
- Promouvoir et explorer les possibilités d'établir un financement de base pour les programmes et organismes régionaux de cancérologie, en veillant à ce que les services d'interprétation soient inclus dans les postes budgétaires standards.

Recommandation n° 26. L'équipe d'oncologie devrait évaluer les besoins financiers, de transport et autres soutiens ou besoins sociaux de tous les patients au point d'entrée du système de lutte contre le cancer et déterminer et fournir les services d'intervention appropriés, tout en facilitant l'accès aux soutiens et aux services en fonction des besoins uniques de chaque groupe en quête d'équité.

26.1. Les programmes de cancérologie devraient faciliter l'accès à des soutiens et des services destinés aux populations francophones, notamment des services d'orientation des patients et des programmes de soutien par les pairs, d'interprétation et de traduction, axés précisément sur l'offre de services de santé en français.

26.2. Les programmes de cancérologie devraient accroître la sensibilisation, ainsi que promouvoir et faciliter l'accès aux ressources destinées aux patients et fournisseurs, notamment les documents en français, sur le site Web de Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

26.3. Les programmes locaux de cancérologie devraient élaborer du contenu local qui peut être traduit en français et en d'autres langues en fonction des besoins de leur population.

26.4. Les programmes locaux de cancérologie devraient mettre en œuvre des systèmes d'orientation facilitant les transitions et donnant accès à des soutiens et à des programmes communautaires adaptés aux groupes en quête d'équité.

Quels sont les principaux facteurs favorisants?

- **Éducation et formation** : Le personnel administratif et le personnel clinique auraient besoin d'être formés aux processus d'identification des patients pour recueillir les données sociales et démographiques, comme l'origine ethnique du patient, son identité de genre, son appartenance à un groupe racisé, son choix de pronoms ou de soutiens, ainsi que l'offre de ressources et de services de soutien selon le profil du patient. Pour cela, il faut comprendre l'importance des compétences culturelles et de la sensibilisation aux réalités linguistiques, en particulier lorsqu'il s'agit de différentes populations de patients. Le personnel peut tirer parti d'une formation sur la prestation d'offre active de services en français. Pour les patients francophones, il serait nécessaire d'offrir aux fournisseurs de soins de santé une formation linguistique ou d'assurer la disponibilité d'interprètes formés.
- **Infrastructure technologique** : Un solide système de TI serait important pour faciliter et coordonner plusieurs processus de travail, y compris pour saisir et tenir à jour les données démographiques des patients, en veillant à ce que des documents de soutien soient disponibles et à jour, et en coordonnant les services pendant toute la durée du traitement. Les technologies d'interprétation ou de traduction à distance et en temps réel devraient aussi être étudiées.
- **Outils normalisés de collecte des données** : Les outils normalisés d'évaluation et de collecte des données et les définitions normalisées des éléments de données peuvent aider les programmes régionaux de cancérologie à mieux comprendre les besoins culturels, linguistiques et de santé des francophones et des populations sous-desservies.
- **Collaboration et partenariats** : L'établissement de solides relations avec les organismes communautaires, les services d'interprétation, les groupes de défense des patients et d'autres intervenants pertinents serait essentiel pour offrir des services de soutien complets et permettre aux patients d'accéder à des programmes et ressources personnalisés qui répondent aux besoins des personnes et des groupes en quête d'équité. Ces partenariats et ces relations de travail peuvent aussi faciliter une meilleure compréhension de la culture et promouvoir la mise en place de soins plus axés sur le patient.
- **Leadership et gouvernance** : Un solide leadership à tous les niveaux (du gouvernement aux gestionnaires des programmes locaux de cancérologie en passant par les dirigeants du système) est nécessaire pour promouvoir ces changements et assurer leur durabilité. Une structure de gouvernance appropriée devrait être établie pour superviser la mise en œuvre et la gestion continue de ces recommandations.

Quels sont les principaux aspects à prendre en compte pour la mise en œuvre et quelles sont les options?

Programmes locaux de cancérologie

- Utiliser des services d'interprétation médicale certifiés virtuels et en temps réel pour combler les lacunes linguistiques.
- Utiliser l'outil d'évaluation du GREFOPS pour assurer la continuité des soins de santé en langues minoritaires, dans le respect de normes, comme la norme CAN/HSO 11012:2018.
- Collaborer avec les organismes de réinstallation, les organismes communautaires, les groupes de défense des intérêts et les organismes de soutien pour offrir des ressources adaptées aux francophones et aux autres groupes en quête d'équité.
- Offrir aux fournisseurs de soins primaires, aux travailleurs sociaux, aux intervenants pivots et aux bénévoles la formation nécessaire pour s'y retrouver efficacement dans les ressources disponibles.
- Au moment du diagnostic, offrir aux patients des ressources comme les coordonnées d'une équipe de soins oncologiques, des programmes de services, des conseils pour s'y retrouver à l'hôpital et des services d'assistance technique pour les ressources virtuelles.
- Affecter du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et d'autres fournisseurs pour aider les patients à comprendre les services de soutien disponibles et à s'y retrouver dans le système de cancérologie.
- Mettre en place des services adaptés selon les besoins locaux, accessibles en français et en langues autres que l'anglais.
- Établir des systèmes pour mettre en relation les patients avec les services de soutien et programmes communautaires.
- Veiller à ce que tous les membres du personnel reçoivent une formation pour leur apprendre à respecter les divers besoins culturels et linguistiques de la population de patients.
- Évaluer régulièrement les stratégies de mise en œuvre en se fondant sur les commentaires des patients, les audits ou les enquêtes, et ajuster les services, au besoin.
- Donner aux patients des renseignements clairs et complets sur l'accès aux programmes et ressources, et les présenter à l'écrit et au format électronique.
- Collaborer avec des organismes de santé mentale communautaires ethnoculturels et donner aux travailleurs sociaux et aux intervenants pivots des renseignements détaillés sur l'étendue des divers programmes de santé fédéraux et provinciaux.
- S'assurer que l'équipe de soins oncologiques est en mesure d'orienter les patients vers des services communautaires et connaît les ressources régionales disponibles. Orienter les patients vers des ressources existantes comme les [programmes de Wellspring](#), [le programme Sexual & Gender Diversity in Cancer Care d'UHN](#) (en anglais seulement), [le Répertoire des services à la communauté de la Société canadienne du cancer](#), [les ressources communautaires et en ligne de Mount Sinai Hospital](#) (en anglais seulement) et le [Cancer Assistance Program \(CAP\)](#) (en anglais seulement).

Prochaines étapes

La responsabilité de la mise en œuvre de ces recommandations n'incombe pas seulement aux établissements offrant des traitements systémiques, mais repose sur la responsabilité collective des multiples intervenants. Cet engagement collectif garantit une responsabilité partagée et permet d'améliorer de manière plus complète, durable et équitable la prestation des traitements systémiques. C'est pourquoi Santé Ontario et les programmes régionaux de cancérologie s'engagent à travailler ensemble pour définir et mettre en œuvre les prochaines étapes à suivre dans le cadre de ces recommandations. Les programmes régionaux de cancérologie joueront un rôle essentiel dans ce processus de mise en œuvre et nous reconnaissons les possibles difficultés et obstacles uniques que rencontrera chaque région. Par conséquent, cette section présente une feuille de route des prochaines étapes, pour offrir des conseils pratiques et des stratégies afin de surmonter ces difficultés. Nous insistons sur le fait que les détails de la mise en œuvre peuvent varier en fonction des besoins régionaux et de la démographie, l'approche devra donc être adaptable et fondée sur les données locales. Notre processus collaboratif respectera et reconnaîtra l'autonomie de chaque région et ses caractéristiques tout en offrant un cadre à l'appui du changement. L'objectif est d'offrir à chaque programme régional de cancérologie les outils et les stratégies nécessaires pour permettre des améliorations concrètes et durables dans la prestation des soins de cancérologie et offrir à tous les Ontariens un système de santé optimisé et équitable.

Priorités et échéanciers pour les recommandations

Ce document étant une représentation d'une vision ambitieuse de l'avenir des traitements systémiques, la mise en œuvre de ces recommandations devrait servir de catalyseur au changement positif. L'objectif est de stimuler et d'éclairer la transformation des pratiques en matière de traitement systémique, en mettant l'accent sur l'expérience des patients, le bien-être des fournisseurs et les résultats des soins de santé.

Pour assurer la réussite de la mise en œuvre des recommandations, il faut comprendre le caractère unique de chaque programme régional, avec ses besoins et ressources propres. Par conséquent, il revient aux programmes régionaux de cancérologie de déterminer les priorités et l'échéancier pour chaque recommandation, de les adapter au contexte régional et de les faire concorder avec la vision ambitieuse présentée dans ce document.

Pour établir les priorités et l'échéancier de mise en œuvre de nos recommandations, les programmes régionaux de cancérologie devraient prendre en compte plusieurs facteurs essentiels. Le point de départ de ce processus est la réalisation d'une analyse des lacunes. Cet examen approfondi permet à chaque programme de repérer les pratiques qui se situent en deçà des recommandations énoncées dans notre rapport. En mettant à jour ces lacunes, l'analyse permet aux programmes de déterminer les domaines qui doivent être grandement améliorés et les recommandations qui nécessitent une attention immédiate. Parmi celles-ci, certaines recommandations peuvent directement viser à

comblent des lacunes importantes dans les modèles de soins actuels qui ont une incidence considérable sur les résultats des patients. Elles doivent être considérées comme hautement prioritaires, une attention immédiate doit leur être accordée et elles doivent être mises en œuvre à court terme.

En complément de l'analyse des lacunes, la faisabilité de la mise en œuvre de chaque recommandation dans le contexte régional est aussi un élément important. Les programmes doivent évaluer les ressources disponibles, comme le personnel qualifié, les technologies et les financements et les harmoniser avec les recommandations. Les recommandations qui concordent avec les capacités existantes en ressources ou qui nécessitent peu de ressources supplémentaires doivent être prioritaires. Cette approche permet de s'assurer que les efforts de mise en œuvre ne sont pas seulement atteignables, mais qu'ils seront durables dans le contexte régional.

Enfin, chaque programme doit prendre en compte son niveau de préparation à l'adoption des changements proposés. Une évaluation poussée du niveau de préparation et des capacités de changement au sein du système est nécessaire. Les systèmes les mieux préparés au changement, avec des processus établis, un leadership positif et des intervenants mobilisés, sont susceptibles de vivre le processus de mise en œuvre avec plus de facilité et de réussite que les autres.

En tenant compte de ces facteurs lors de la détermination des priorités et de l'échéancier, les programmes régionaux de cancérologie peuvent guider efficacement le processus de mise en œuvre et améliorer de façon concrète les pratiques en matière de traitements systémiques. Cette approche permet à chaque programme régional de personnaliser sa stratégie de mise en œuvre, en reconnaissant les difficultés uniques tout en tirant parti des ressources disponibles dans sa région. Cela facilitera la transformation des pratiques en matière de traitements systémiques de façon stratégique, efficiente et axée sur les personnes.

Surmonter les obstacles financiers et en matière de ressources humaines

Les limites financières et en matière de ressources humaines représentent des obstacles considérables à la mise en œuvre réussie des recommandations formulées. Pour surmonter ces difficultés et faciliter une transition harmonieuse, l'adoption d'une stratégie à plusieurs volets est impérative. Cette approche nécessite une évaluation complète qui tienne compte des obstacles existants et des possibilités d'optimisation de l'utilisation des ressources.

Cette stratégie implique notamment de tirer parti des compétences et de l'expertise des membres du personnel. Il est important de reconnaître les compétences de ces derniers et de repérer les domaines de perfectionnement possible. La mise en œuvre de programmes de formation ciblés peut permettre de combler efficacement les lacunes en matière de connaissances et d'apporter au personnel les compétences nécessaires pour gérer efficacement de nouvelles responsabilités ou des tâches en évolution.

Parallèlement, des efforts devraient être déployés pour optimiser le travail des équipes pluridisciplinaires. La répartition équitable de la charge de travail permet de réduire le risque

d'épuisement professionnel, mais aussi de renforcer le rendement global de l'équipe. Une évaluation complète des rôles et responsabilités au sein de l'équipe est recommandée.

En apportant les ajustements nécessaires pour permettre aux membres de l'équipe d'exploiter au mieux leur expertise et leurs compétences, on peut parvenir à une utilisation optimale de leurs capacités, et ainsi d'améliorer le rendement de l'équipe.

De plus, il est essentiel de réaliser des évaluations financières complètes avant la mise en œuvre. Ces évaluations sont primordiales pour comprendre les répercussions financières des changements proposés.

En examinant les coûts directs, les potentielles économies et les coûts indirects associés à la mise en œuvre, on peut obtenir de précieux renseignements. Ces renseignements sont indispensables pour concevoir un plan budgétaire exhaustif et trouver des sources de financement éventuelles.

Favoriser l'équité et l'autonomisation

La promotion de l'équité en santé est essentielle pour offrir des soins de grande qualité axés sur la personne. Pour cela, des mesures proactives doivent être prises afin de répondre aux difficultés et besoins propres aux Autochtones, aux francophones et à d'autres groupes en quête d'équité. La planification exhaustive, les efforts soutenus et les interventions ciblées sont nécessaires.

Nos recommandations insistent sur l'importance de préparer les fournisseurs de soins de santé à comprendre et reconnaître les besoins uniques de ces populations et à y répondre efficacement. Cela nécessite une formation sur les compétences culturelles, une mobilisation communautaire active et un perfectionnement professionnel continu pour renforcer les capacités du personnel.

Des programmes de formation solides et inclusifs qui renforcent les compétences culturelles, visent à éliminer les préjugés systémiques et intègrent les principes de l'équité, la diversité et l'inclusion dans le domaine de la santé sont essentiels à cette préparation. Ces programmes devraient rester actuels, pratiques et adaptés à chaque démographie et population de patients dans chaque programme régional de cancérologie. L'engagement continu envers le perfectionnement du personnel, avec des formations régulières de recyclage et des mises à jour en temps opportun, permet de mettre toujours l'accent sur l'équité.

Une mobilisation concrète des communautés autochtones, des communautés francophones et d'autres groupes en quête d'équité est de la plus grande importance. La tenue de conversations ouvertes et constructives avec ces communautés et populations permet d'obtenir des renseignements précieux sur leurs besoins, difficultés et expériences uniques. Ces points de vue directs permettent d'orienter l'élaboration des interventions et des programmes de formation. La mobilisation doit aller au-delà de la consultation. Les communautés autochtones, francophones et les autres groupes en quête d'équité doivent participer activement aux processus décisionnels, contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des initiatives conçues pour renforcer l'équité. Leur participation peut permettre de s'assurer que ces initiatives sont bien adaptées à leurs besoins et

répondent efficacement aux difficultés soulevées.

Faciliter le changement

Il est essentiel comme première étape avant le développement de la phase de mise en œuvre, de réaliser des évaluations poussées du niveau de préparation. Cela comprend une analyse complète de la situation régionale pour recueillir des renseignements précieux afin de décider efficacement des mesures à prendre.

L'analyse des compétences et des infrastructures existantes fait partie intégrante de ces évaluations. Ce processus sert d'audit interne pour repérer les atouts et les capacités de vos équipes et évaluer la disponibilité des ressources. La détermination proactive des lacunes potentielles qui peuvent poser problème pour la mise en œuvre réussie des recommandations formulées permet de concevoir des stratégies ciblées afin d'améliorer les compétences et développer l'infrastructure.

Les évaluations du niveau de préparation consistent également à repérer et atténuer les éventuels cas de résistance au changement. La résistance au changement est un phénomène naturel dans tout processus de transformation. En anticipant les potentielles sources de résistance et en élaborant des stratégies pour les atténuer, on crée un environnement plus favorable aux changements proposés. Cette approche pourrait comprendre plus de formations du personnel afin de renforcer la confiance accordée aux nouveaux processus, une communication transparente pour préciser les motifs de ces changements et des processus décisionnels inclusifs qui mettent en valeur la diversité des points de vue et les intègrent.

Après les évaluations du niveau de préparation, une phase d'évaluation des répercussions doit être lancée pour mesurer les potentiels effets et résultats de la mise en œuvre des initiatives ou changements proposés. Cette évaluation comprend une analyse complète des potentiels effets, en examinant de manière approfondie les répercussions prévues sur les patients, les fournisseurs et tout le système de santé. L'évaluation doit tenir compte des potentiels avantages, risques et conséquences imprévues.

Parallèlement, il est essentiel de continuer à se concentrer sur l'élimination des disparités en matière de santé et d'éviter de les perpétuer pendant ce cheminement vers l'amélioration. Cela nécessite la réalisation d'évaluations adaptées à chaque groupe en quête d'équité pour s'assurer que les recommandations contribuent de façon positive à l'atteinte de résultats équitables et n'exacerbent pas par mégarde les iniquités en santé.

Une fois que les évaluations préliminaires sont terminées, l'attention doit être portée à la mise en œuvre des recommandations. Le cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir (PDSA) offre une approche structurée pour guider ce processus. La méthode itérative commence par la phase « Planifier », avec l'élaboration d'une ébauche de plan d'action complet détaillant les ressources, les rôles et les responsabilités. La phase « Faire » consiste à mettre en pratique le plan dans un environnement

contrôlé. La phase « Étudier » évalue les résultats par le biais de la collecte et de l'analyse des données. La phase « Agir » vise à ajuster le plan en fonction des résultats de l'évaluation, tout en partageant les leçons retenues et les pratiques avec d'autres régions. Cette approche par étapes assure l'efficacité de la mise en œuvre, l'adaptation et le perfectionnement des recommandations. L'apprentissage continu stimule l'amélioration permanente des soins de cancérologie dans tout l'Ontario.

Conclusion

Ce document a pour but de répondre à la demande croissante de modèles actualisés de traitement systémique en Ontario par le biais de recommandations visant à optimiser la prestation des services, à améliorer le bien-être des fournisseurs, l'expérience des patients et les résultats des soins de cancérologie. Il reconnaît les obstacles auxquels sont confrontés les groupes sous-desservis et démontre un engagement envers la promotion de l'équité et la lutte contre les disparités en matière de santé.

Pour atteindre ces objectifs, des efforts collectifs et une responsabilité partagée par les nombreux intervenants, y compris Santé Ontario et les programmes régionaux de cancérologie, sont essentiels. La collaboration est primordiale pour établir et mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'amélioration. Les programmes régionaux de cancérologie jouent un rôle vital pour surmonter les difficultés et les obstacles uniques qui peuvent survenir dans chaque région. Des conseils pratiques et des stratégies sont fournis pour appuyer une approche adaptable et propre au contexte qui respecte l'autonomie régionale.

L'objectif est de créer un système de santé optimisé et équitable au service de tous les Ontariens. Pour cela, il faut déterminer les priorités et les échéanciers, en tenant compte du niveau de préparation au changement, en éliminant les obstacles financiers et en matière de ressources humaines et en facilitant l'équité et l'autonomisation. Nous pouvons continuellement faire évoluer les pratiques en matière de traitement systémique et les améliorer en accordant la priorité au bien-être des fournisseurs, en améliorant l'expérience des patients et leurs résultats de santé.

Ensemble, grâce à la collaboration, à l'innovation et à un engagement commun envers l'excellence, nous pouvons œuvrer pour un avenir où le traitement systémique est axé sur la personne, offert avec compassion et répond aux divers besoins des personnes et des communautés. En mettant en œuvre ces recommandations et en veillant à ce qu'elles aient des répercussions durables, nous pouvons tout faire pour créer un système de santé équitable et optimisé qui offre des soins de grande qualité à tous les Ontariens.

Annexes

Annexe A : Niveau de formation requis et statut réglementaire pour les fournisseurs de traitement systémique

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Commis	<ul style="list-style-type: none"> - Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou d'un équivalent reconnu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Achèvement d'un cours de terminologie médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.
Infirmier clinicien spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> - Études du deuxième cycle : Maîtrise en soins infirmiers ou préparation de doctorat et expertise dans une spécialité clinique. - Les ICS sont des IA dans la catégorie générale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice de ses fonctions dans le respect de directives médicales précises. - Un oncologue médical ou un hématologue doit être disponible pour le mentorat. - Consulter la page Advanced Practice Nursing Toolkit (trousse à outils pour la pratique avancée des soins infirmiers, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
Intervenant pivot spécialisé dans l'accès aux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme de premier cycle dans un domaine lié à la santé. - Certificat de technicien en pharmacie autorisé ou d'assistant en pharmacie de préférence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance pratique des traitements systémiques, de l'infrastructure du système de santé, des programmes d'accès spéciaux et des régimes d'assurance privés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.
Omnipraticien en oncologie	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme en médecine d'un programme accrédité. - Achèvement d'une formation supérieure en médecine familiale ou en médecine interne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un oncologue médical ou un hématologue ou un oncologue gynécologique doit être disponible pour le mentorat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

OPTIMISATION DES MODÈLES DE SOINS POUR LE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE EN MILIEU AMBULATOIRE — SANTÉ ONTARIO
(ACTION CANCER ONTARIO), JUILLET 2023

Oncologue gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme en médecine d'un programme accrédité. - Achèvement d'une formation supérieure en médecine interne. - Achèvement d'une formation supérieure en obstétrique et gynécologie. - Certificat de compétence spéciale en obstétrique et gynécologie. - Certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglémentée et autorisation d'exercer par le biais du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Aide-soignant	- Achèvement d'un Programme d'aide-soignant reconnu ou achèvement d'une 1 ^e année de programme de soins infirmiers d'un collège ou d'une université agréé.	S.O.	- Profession non réglementée.
Hématologue	- Diplôme en médecine d'un programme accrédité. - Achèvement d'une formation supérieure en médecine interne. - Achèvement d'une formation supérieure en hématologie. - Certificat de compétence spéciale en hématologie. - Certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.	S.O.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Interprète médical	- Certification par un outil communautaire d'évaluation des compétences linguistiques et d'interprétation de l'interprète ou d'un outil d'évaluation des compétences linguistiques de l'interprète (ILSAT)	S.O.	- Profession non réglementée.
Oncologue médical	- Diplôme en médecine d'un programme accrédité. - Achèvement d'une formation supérieure en médecine interne. - Achèvement d'une formation supérieure en oncologie médicale. - Certificat de compétence spéciale en oncologie médicale. - Certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.	S.O.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Scribe médical	- Diplôme d'un programme approuvé de transcription médicale.	S.O.	- Profession non réglementée.

OPTIMISATION DES MODÈLES DE SOINS POUR LE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE EN MILIEU AMBULATOIRE — SANTÉ ONTARIO

<p>Externe en soins infirmiers</p>	<p>- Étudiants en soins infirmiers entre la 2^e et la 4^e année d'un programme de baccalauréat de soins infirmiers approuvé par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ou en dernière année de programme de soins infirmiers auxiliaires.</p>	<p>- Les externes travaillent au sein d'une équipe interprofessionnelle sous la supervision d'un professionnel autorisé des soins infirmiers.</p>	<p>- Profession non réglementée.</p>
------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Infirmier praticien	<ul style="list-style-type: none"> - Études du deuxième cycle : Maîtrise en soins infirmiers ou préparation d'un doctorat - Obtention d'un certificat de spécialité d'infirmier praticien post-maîtrise : Infirmier praticien-adultes, infirmier praticien-pédiatrique ou infirmier praticien-soins primaires. - Les IP sont des IA de la catégorie supérieure. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ils travaillent en autonomie et collaborent avec d'autres fournisseurs. - Un oncologue médical ou un hématologue ou un oncologue gynécologique doit être disponible pour le mentorat. Consulter la page Advanced Practice Nursing Advanced Practice Nursing Toolkit (trousse à outils pour la pratique avancée des soins infirmiers, en anglais seulement) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. -
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme de baccalauréat ès sciences en ergothérapie d'une université reconnue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice course. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario.
Assistant en ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat ou diplôme d'un programme d'assistant en ergothérapie d'un collège communautaire reconnu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice course. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.
Intervenant pivot	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe actuellement pas de certification normalisée ou d'études préalables pour occuper un poste d'intervenant pivot en Ontario, car les exigences peuvent varier en fonction des programmes de cancérologie. 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.
Préposé aux services de soutien à la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Obtention d'un diplôme ou d'un certificat approuvé de préposé aux services de soutien à la personne d'un programme reconnu ou achèvement d'une 1^e année de programme de soins infirmiers d'un collège ou d'une université agréé. 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.

Assistant en pharmacie	- Diplôme d'études collégiales d'un programme d'assistant en pharmacie ou d'un domaine lié ou formation équivalente et expérience.	S.O.	- Profession non réglementée.
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-------------------------------

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Adjoint au médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Deux ans d'études de premier cycle dans n'importe quelle discipline dans une université canadienne ou équivalent de deux ans dans un programme d'études de premier cycle d'une université canadienne. - Achèvement d'un programme de formation des adjoints au médecin agréé au Canada ou aux États-Unis. - Certificat de l'Association canadienne des adjoints au médecin en passant l'examen de certification d'entrée en pratique pour l'adjoint au médecin du Conseil de certification des adjoints au médecin du Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travaille selon un champ de compétences défini et avec des populations précises. - Travaille en étroite collaboration avec les médecins superviseurs attribués selon des lignes directrices convenues et des directives médicales précises. - Formation et études en continu. 	- Profession non réglementée.
Physiothérapeute	- Baccalauréat ou maîtrise en physiothérapie.	- Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice course.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario.
Assistant en physiothérapie	- Certificat ou diplôme d'un programme d'assistant en physiothérapie d'un collège communautaire reconnu.	- Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice course.	- Profession non réglementée.
Porteur	- Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou d'un équivalent reconnu.	S.O.	- Profession non réglementée.
Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme en médecine d'un programme accrédité. - Achèvement d'une formation supérieure en psychiatrie. - Certification du Collège royal des médecins et chirurgiens. 	S.O.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Psychologue	- Obtention d'une maîtrise ou d'un diplôme d'études supérieures en psychologie d'un programme agréé par l'American Psychological Association ou la Société canadienne de psychologie.	- Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice course.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des psychologues de l'Ontario.
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Diététiste professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme de baccalauréat en nutrition humaine et diététique d'un programme universitaire agréé par le Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition et un programme de troisième cycle de pratique supervisée agréé par le Partenariat pour la formation et la pratique en nutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des diététistes de l'Ontario. -
Pharmacien inscrit	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme d'un programme universitaire agréé en pharmacie. - Autorisé d'exercer en vertu de la Partie A de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les pharmaciens travaillant essentiellement auprès de patients atteints d'un cancer et de leur famille dans le cadre des programmes régionaux de cancérologie (niveaux 1 à 3) doivent obtenir un certificat d'un programme reconnu comme le Board of Pharmacy Specialties (p. ex., pharmacien en oncologie certifié par le Board of Pharmacy Specialties) ou le programme d'oncologie pour les pharmaciens de l'Université de Toronto (Advanced Oncology program) d'ici leur 5^e année d'activité. - Tous les pharmaciens travaillant dans des établissements satellites (niveau 4) doivent suivre le programme d'oncologie pour les pharmaciens de l'Université de Toronto (Essentials of Oncology et Advanced Oncology Program) d'ici leur 5^e année d'activité ou avoir recours à un pharmacien qui détient un certificat en oncologie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.
Étudiant en pharmacie autorisé	<ul style="list-style-type: none"> - Étudiant en 3^e ou 4^e année d'un programme universitaire agréé de pharmacie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les étudiants travaillent au sein d'une équipe interprofessionnelle sous la supervision d'un pharmacien inscrit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Technicien en pharmacie autorisé	- Diplôme d'un programme approuvé de technicien en pharmacie d'un collège communautaire reconnu.	<ul style="list-style-type: none"> - Formation spécialisée dans la préparation des doses de traitement systémique. - Formation ou programme de certification pour le personnel participant à la manipulation d'agents cytotoxiques avec politique sur le recyclage. Cette formation doit être suivie auprès d'un programme intégré de cancérologie ou d'un établissement affilié ou en collaboration avec celui-ci, et en conformité avec les modèles de normes de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie en matière de préparation de produits stériles dangereux. 	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.
Étudiant technicien en pharmacie autorisé	- En cours de formation dans le cadre d'un programme approuvé de technicien en pharmacie d'un collège communautaire reconnu.	- Les étudiants travaillent au sein d'une équipe interprofessionnelle sous la supervision d'un technicien en pharmacie autorisé.	- Profession non réglementée.
Infirmier auxiliaire autorisé ³	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme sur 2 à 3 ans en soins infirmiers auxiliaires d'un collège des arts appliqués et de technologie approuvé. - Les IAA sont des infirmiers de la catégorie générale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les membres du personnel infirmier qui administrent des traitements systémiques parentéraux à des patients atteints d'un cancer, quel que soit le milieu, devraient : être certifiés, ce qui comprend l'achèvement d'études normalisées par le biais d'un cours reconnu de l'Institut de Souaz intitulé Standardized Chemotherapy and Biotherapy ou d'un cours équivalent sur la chimiothérapie/la biothérapie de l'Oncology Nursing Society et l'achèvement d'un stage supervisé de pratique clinique avec une évaluation à la fin du processus de certification. - Les IAA peuvent administrer des 	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

		traitements de soutien tel que décrit et des médicaments non dangereux.	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------	--

³ L'exercice de la profession des IA et des IAA n'est pas différencié par les habiletés psychomotrices, mais par la capacité à offrir des soins autonomes aux patients, selon la complexité de leurs besoins en matière de santé. Plus les cas sont complexes et plus l'environnement est dynamique, plus l'IA devra offrir toute la gamme de soins.

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Infirmier autorisé ³	<ul style="list-style-type: none"> - Baccalauréat en soins infirmiers sur 4 ans dans une université. - Les IA sont des infirmiers de la catégorie générale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les membres du personnel infirmier qui administrent des traitements systémiques parentéraux à des patients atteints d'un cancer, quel que soit le milieu, devraient : être certifiés, ce qui comprend l'achèvement d'études normalisées par le biais d'un cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Standardized Chemotherapy and Biotherapy ou d'un cours équivalent sur la chimiothérapie/la biothérapie de l'Oncology Nursing Society et l'achèvement d'un stage supervisé de pratique clinique avec une évaluation à la fin du processus de certification. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
Intervenant en soins spirituels	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise en théologie ou diplôme équivalent d'un établissement agréé. - Spécialiste certifié de l'Association canadienne des soins spirituels ou candidat à la certification (achèvement de deux unités de base et deux unités d'études avancées dans le cadre d'un programme de l'Association canadienne des soins spirituels) de préférence. - Inscription auprès de l'Ordre des psychothérapeutes autorisés pratiquant des soins spirituels, de préférence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession non réglementée.
Orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise ou équivalent en orthophonie. - Doit être un autorisateur indépendant pour le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario.

Fournisseur	Éducation	Éléments à prendre en considération	Statut réglementaire
Technicien en service social	- Diplôme en travail de service social d'un collègue agréé.	- Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario.
Travailleur social	- Maîtrise en travail social.	- Recommandé/facultatif : achèvement d'une formation normalisée par le biais du cours reconnu de l'Institut de Souza intitulé Interprofessional Psychosocial Oncology: Introduction to Theory and Practice.	- Profession auto-réglementée et autorisation d'exercer par le biais de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario.
Coordonnateur des soins virtuels	- Baccalauréat ou diplôme en informatique de la santé, ingénierie et technologie ou formation équivalente et expérience.	- Adaptabilité et expérience de travail avec diverses plateformes technologiques. - Expérience de travail dans un environnement de services à la clientèle axés sur l'établissement des relations, l'encadrement et la formation. - Connaissances médicales ou formation en soins de santé avec expérience de travail avec un système de gestion des dossiers médicaux électroniques.	- Profession non réglementée.

Annexe B : Matrice du champ d'activité pour les fournisseurs de traitement systémique

Avis de non-responsabilité : La portée de la matrice du champ d'activité doit servir de directive générale pour aider les fournisseurs de soins de santé à connaître les tâches qui peuvent faire partie de leur champ de compétences. Cette matrice ne constitue en aucun cas un avis juridique ou médical et les tâches indiquées dans la matrice ne doivent pas être interprétées comme une affirmation ou une garantie qu'un fournisseur de soins de santé particulier est qualifié ou autorisé à réaliser cette tâche. Chaque fournisseur de soins de santé a la responsabilité de s'assurer qu'il possède la formation, les études et les compétences nécessaires pour réaliser toute tâche indiquée dans la matrice. Les fournisseurs de soins de santé doivent respecter l'ensemble des lois, des règlements et des normes professionnelles applicables à l'exercice de leur fonction. Cette matrice est soumise aux changements et ne crée aucune obligation légale pour les fournisseurs de soins de santé, les organismes de santé ou tout autre tiers. Les utilisateurs de cette matrice assument pleinement les responsabilités et les risques liés à l'utilisation des renseignements qu'elle contient.

FOURNISSEURS RÉGLEMENTÉS ÉNUMÉRÉS DANS LA MATRICE : infirmier clinicien spécialisé (ICS), omnipraticien en oncologie (OPO), oncologue médical/hématologue/oncologue gynécologique (OM/H/OG), infirmier praticien (IP), ergothérapeute (ERG), physiothérapeute (PT), psychiatre (PSY), psychologue (PSYCH), fournisseurs de soins d'oncologie psychosociale (OPSY), infirmier autorisé (IA), infirmier auxiliaire autorisé (IAA), pharmacie inscrit (PHI), technicien en pharmacie autorisé (TPHA), travailleur social (TS), technicien en travail social (TTS), diététiste professionnel (DP), orthophoniste (ORTHO).

FOURNISSEURS NON RÉGLEMENTÉS ÉNUMÉRÉS DANS LA MATRICE : commis (C), intervenant pivot spécialisé dans l'accès aux médicaments (IPAM), aide-soignant (AS), assistant en ergothérapie (AERG), intervenant pivot des patients (IPP), assistant en pharmacie (ASSIST PH), porteur (P), adjoint au médecin (AM), assistant en physiothérapie (APT), praticien en soins spirituels (PSS), préposé aux services de soutien à la personne (PSSP), interprète médical (IM), scribe médical (SM), externe en soins infirmiers (EXT INF), coordonnateur de soins virtuels (CSV).

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
<p>Admission des patients orientés, prise de rendez-vous, programmation et activités administratives liées aux patients</p> <p>Recevoir et enregistrer les orientations reçues, vérifier leur exhaustivité, assurer le suivi, au besoin</p>	C, SM	S.O.	S.O.	S.O.
<p>Préparer, regrouper et tenir à jour la documentation/les fiches pour le triage interne et les consultations</p>	C, SM, AM, IA	S.O.	S.O.	S.O.
<p>Procéder au triage des nouveaux patients orientés</p>	OM/H/OG	S.O.	OPO, IP, ICS, IA, AM (avec OM/H/OG)	S.O.

<p>Fournir des services de soutien clinique, y compris l'inscription des patients, la programmation et la coordination des rendez-vous, les orientations, les examens, les tests, la programmation des actes, la saisie des données et le suivi</p>	<p>C</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------	-------------	-------------

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Répondre au téléphone, envoyer/recevoir des documents par télécopieur, répondre aux demandes de renseignements dans la limite de ses pouvoirs ou orienter vers la personne la plus compétente	C	S.O.	S.O.	S.O.
Informar les patients sur les préparations aux examens/consultations, les services de soutien d'oncologie psychosociale disponibles et prendre des dispositions ou aménagements pour répondre aux besoins des patients (p. ex., interprètes, intervenants pivots, transport)	C, IP	S.O.	S.O.	S.O.
Préparer les listes des patients du jour et du lendemain pour le personnel de la salle de traitement systémique et informer le personnel concerné des déplacements de patients, des annulations de rendez-vous et des renseignements sur les patients	C	S.O.	S.O.	S.O.
Transcrire les renseignements sur les évaluations des patients, leurs résultats d'examens et d'actes, les conversations avec les patients, la famille ou les aidants, les consultations de fournisseurs de soins de santé et les ordonnances transmises	SM	S.O.	S.O.	S.O.
Participer à la facturation par l'assurance-maladie de l'Ontario, hors assurance-maladie de l'Ontario et de tiers et assurer le suivi des demandes de	C	S.O.	S.O.	S.O.

remboursement en suspens et des nouvelles soumissions				
Contribuer aux processus de collecte des données exigés par Santé Ontario (Action Cancer Ontario)	C, CSV	S.O.	S.O.	S.O.
Faciliter la coordination des services de soins virtuels et offrir une formation et une assistance techniques aux patients et aux fournisseurs	CSV	S.O.	S.O.	S.O.
Accompagner les patients et les familles au sein du système de santé pour les aider à comprendre les diagnostics, les options de traitement et les ressources mises à leur disposition	IP	S.O.	S.O.	S.O.

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
<p>Consultation en vue d'une décision relative au traitement</p> <p>Obtenir les antécédents médicaux, spirituels, pratiques, psychosociaux et médicamenteux du patient</p>	Tout FSS réglementé	S.O.	S.O.	EXT INF, étudiant en pharmacie - rotation
Réaliser l'examen physique pour évaluer les symptômes et les signes présents et déterminer leur effet sur le diagnostic ou le choix du traitement	OM/H/OG, OPO, IP, ICS	S.O.	S.O.	S.O.
Déterminer et prescrire des examens de diagnostic, de génétique ou de stadification du cancer supplémentaires à l'appui du diagnostic de cancer et de la planification du traitement	OM/H/OG, OPO, IP	S.O.	S.O.	S.O.
Établir un diagnostic de cancer	OM/H/OG, OPO	S.O.	S.O.	S.O.
Discuter des objectifs en matière de soins et les documenter	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, AM, IA, IAA	S.O.	S.O.	S.O.
Avoir une conversation sur le consentement éclairé concernant le traitement systémique prévu pour lutter contre le cancer	OM/H/OG	S.O.	OPO, IP (avec OM/H/OG)	S.O.
Être témoin de la signature du formulaire de consentement éclairé concernant le traitement systémique prévu pour lutter contre le cancer	Tout FSS réglementé	S.O.	S.O.	S.O.
Déterminer les médicaments appropriés pour le traitement systémique/les soins de soutien dans la lutte contre le cancer et	OM/H/OG	S.O.	S.O.	S.O.

préparer l'ordonnance de traitement initial				
<p><i>Information des patients, des familles et aidants avant le traitement</i></p> <p>Traiter les demandes d'orientation, de logistique concernant un rendez-vous, de fonctionnement de la clinique et les demandes de renseignements généraux</p>	Tout FSS réglementé	S.O.	S.O.	S.O.

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Transmettre l'information avant le traitement aux personnes, y compris sur les services de soutien d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs accessibles	OM/H/OG, OPO, IP, AM, IA, IAA, PHI	S.O.	S.O.	EXT INF, étudiant en pharmacie - rotation
Transmettre l'information avant le traitement aux groupes, y compris sur les services de soutien d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs accessibles	IA, IAA, OPSY (p. ex., T.S., DP), PHI	S.O.	S.O.	EXT INF, étudiant en pharmacie - rotation
<i>Oncologie psychosociale et autres services de soutien destinés aux patients</i>				
Réaliser le dépistage des symptômes psychosociaux	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, PSY, PSYCH, T.S.	S.O.	S.O.	S.O.
Réaliser l'évaluation psychosociale initiale	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, PSY, PSYCH, T.S.	S.O.	S.O.	S.O.
Recueillir des renseignements sur la capacité du patient à comprendre ses problèmes actuels et à saisir les conséquences de ses décisions relatives à son traitement et à l'aide médicale à mourir	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, PSY, PSYCH, T.S., ERG	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services d'interprétation médicale	IM, IP	S.O.	S.O.	S.O.
Offrir un soutien aux familles et aux aidants	Tous les fournisseurs	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir un soutien et de l'information en matière de nutrition	DI, Tous les fournisseurs	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services de rétablissement	ERG, AERG, PT, APT, ORTHO	S.O.	S.O.	S.O.

Assurer des programmes d'intervention d'urgence en santé mentale	PSY, PSYCH, T.S.	S.O.	S.O.	S.O.
------------------------------------------------------------------	------------------	------	------	------

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Offrir des soins de santé mentale complexes	PSY, PSYCH, T.S., ICS	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services de counseling/soutien pour le renoncement au tabac	Tous les fournisseurs	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services de counseling/soutien à la lutte contre les dépendances	PSY, PSYCH, T.S.	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services spécialisés de prise en charge psychopharmacologique	PSY	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services spécialisés d'évaluation et d'intervention psychothérapeutique	PSY, PSYCH, T.S., ICS, IA	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services de counseling financier/sur les questions d'invalidité	T.S., TTS, ERG	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services d'évaluation et d'intervention en santé sexuelle	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, AM, PHI, T.S.	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services d'orthophonie	ORTHO	S.O.	S.O.	S.O.
Fournir des services de soins spirituels	PSS (Chaplain)	S.O.	S.O.	S.O.
Évaluation avant traitement				
Vérifier les signes vitaux	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, AS, AM	S.O.	S.O.	EXT INF
Vérifier le poids et la taille du patient	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, IAA, AS, PSSP, PHI	S.O.	S.O.	Ext. INF
Examiner et évaluer les symptômes et les cas de toxicité depuis la dernière évaluation clinique ou	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, IAA, PHI	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation

le début du traitement

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Réaliser l'examen physique et tenir compte des écarts avec des résultats anormaux ou déterminer la réponse aux traitements de soutien	OM/H/OG, OPO, IP,	AM, ICS (avec OM/H/OG, IP)	S.O.	S.O.
Réaliser un examen physique et repérer les résultats normaux ou anormaux	OM/H/OG, OPO, IP, IA, IAA, AM	S.O.	S.O.	EXT INF
Examiner les résultats d'analyses sanguines pour repérer les éléments d'intérêt clinique et tenir compte des valeurs normales	OM/H/OG, OPO, IP, ICS, IA, IAA, AM, PHI	S.O.	S.O.	S.O.
Interpréter les résultats anormaux ou hors valeurs normales, ou les résultats d'analyses sanguines et agir en conséquence	OM/H/OG, OPO, IP, PHI	AM, ICS (avec OM/H/OG, IP)	S.O.	S.O.
Déterminer et prescrire les interventions pharmacologiques pour prévenir ou traiter les cas de toxicité	OM/H/OG, OPO, IP	S.O.	S.O.	S.O.
Déterminer les interventions non pharmacologiques pour prévenir ou traiter les cas de toxicité	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, PHI	S.O.	IAA (avec OM/H/OG, IP, IA)	Étudiant en pharmacie - rotation
Vérification et préparation – médicaments administrés en milieu hospitalier				
Réaliser un bilan comparatif des médicaments	PHI, TPHA (meilleur schéma thérapeutique possible/antécédents d'allergies)	S.O.	S.O.	S.O.
Examiner, coordonner et obtenir le remboursement des médicaments administrés dans la	PHI, TPHA, IPAM, ASSIST PH, T.S.	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation, étudiant technicien en

salle de traitement systémique				pharmacie
Repérer/préciser le traitement systémique sur l'ordonnance et vérifier les médicaments de soins de soutien appropriés	PHI	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation
Réaliser la vérification du traitement clinique sur l'ordonnance	PHI	S.O.	S.O.	S.O.

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Transcrire les ordonnances de médicaments dans le système de la pharmacie	PHI, TPHA (avec examen du PHI)	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré (avec examen du PHI)
Exécuter les ordonnances en récupérant les flacons, en comptant les médicaments et en faisant l'étiquetage	PHI, TPHA, ASSIST PH	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rémunéré, étudiant technicien en pharmacie
Réaliser des vérifications techniques indépendantes	PHI, TPHA, ASSIST PH	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré
Réaliser la vérification du produit final	PHI	S.O.	S.O.	
Remettre les médicaments au patient ou à l'aidant autorisé	PHI, TPHA, ASSIST PH	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation, étudiant technicien en pharmacie
Fournir des services de counseling sur les médicaments	PHI	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation
Vérification et préparation – médicaments contre le cancer administrés au domicile du patient				
Bilan comparatif des médicaments	PHI, TPHA (MSTP/allergies)	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation
Examiner, coordonner et obtenir le remboursement des médicaments administrés dans la salle de traitement systémique	PHI (PFNM), IPAM (PSP), TPHA, T.S. (Trillium, privé)	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation, étudiant technicien en pharmacie
Repérer/préciser le traitement systémique sur l'ordonnance et vérifier les médicaments de soin de soutien appropriés	PHI, IA administrant le traitement	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rotation

Vérifier le traitement clinique sur l'ordonnance	PHI	S.O.	S.O.	S.O.
Transcrire les ordonnances de médicaments dans le système de la pharmacie	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré (avec examen du PHI)
Établir l'ordre de priorité de préparation des commandes (p. ex., selon l'heure du rendez-vous, le temps nécessaire pour préparer les médicaments)	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Organiser les médicaments/sacs pour perfusion intraveineuse pour les composés et les mettre dans les enceintes de sécurité biologiques	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rémunéré, étudiant technicien en pharmacie
Réaliser la préparation aseptique des doses propres au patient	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rémunéré, étudiant technicien en pharmacie
Réaliser des contrevérifications indépendantes	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré
Préparer les produits stériles et les mélanges de solutions pour perfusion intraveineuse	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré
Documenter les renseignements sur les produits composés (numéro de lot, numéro de série, date d'expiration, etc.) et attribuer les dates limites d'utilisation au stock	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie – rémunéré
Veiller à l'approvisionnement, à la conservation, à l'inventaire, au contrôle et à la tenue de dossiers pertinents associés à cette réserve de médicaments	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation, étudiant technicien en pharmacie
Réaliser la vérification du produit final	PHI	S.O.	S.O.	S.O.
Emballer et étiqueter les médicaments et les placer dans le bac de transport	PHI, TPHA	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rémunéré, étudiant technicien en pharmacie
Organiser le ramassage et les livraisons de médicaments au sein du centre de cancérologie et dans les établissements satellites périphériques de l'hôpital	PHI, TPHA, IPAM, P, SS	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rémunéré, étudiant technicien en pharmacie

<i>Salle de traitement systémique</i>				
Mettre en place les tubulures intraveineuses primaires (p. ex., amorçage de la tubulure)	IA, IAA, AS, PSSP	S.O.	S.O.	EXT INF
Accompagner le patient à sa chaise	Tous les membres du personnel	S.O.	S.O.	S.O.

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Prendre les signes vitaux de base, au besoin	IA, IAA, AS	S.O.	S.O.	S.O.
Assurer l'information au patient pendant le traitement	Fournisseur administrant le traitement, PHI	S.O.	S.O.	Étudiant en pharmacie - rotation
Installer l'équipement avec les filtres appropriés, les raccords propres aux médicaments administrés	Fournisseur administrant le traitement	S.O.	S.O.	S.O.
Administrer les traitements systémiques contre le cancer	IA	S.O.	S.O.	S.O.
Surveiller la réaction au traitement systémique contre le cancer pendant que le patient est dans la salle de traitement systémique (p. ex., réactions au point de perfusion)	IA	S.O.	S.O.	S.O.
Administrer les transfusions sanguines, les solutions d'hydratation, les traitements contre les anomalies électrolytiques, les médicaments non dangereux y compris les transfusions de fer, l'administration de la vitamine B et les prélèvements sanguins des dispositifs d'accès veineux centraux pour les analyses de laboratoire	IA, IAA, PHI ⁴	S.O.	S.O.	S.O.
Surveillance, gestion et soins non programmés				
Surveiller la toxicité par le biais d'appels proactifs à 2-5/7-9 jours après le traitement	IP, ICS, AM, IA, PHI	S.O.	S.O.	S.O.
Gérer les symptômes et les cas de toxicité	IA, ICS, PHI		AM (avec OM/H)	

Professionnel le plus responsable pour les cliniques de soins d'urgence/non programmés	OPO, IP	AM, ICS, IA (avec OM/H/OG, IP)	S.O.	S.O.
----------------------------------------------------------------------------------------	---------	--------------------------------	------	------

Suivi approprié

Prescrire les analyses de sang et les examens de surveillance	OM/H/OG, OPO, IP	AM, ICS, IA, IAA	S.O.	S.O.
---------------------------------------------------------------	------------------	------------------	------	------

⁴ À compter du 1^{er} juillet 2023, les pharmaciens ayant suivi une formation sur les perfusions sont autorisés à administrer les substances énumérées dans le [Règlement modifié](#) par injection ou inhalation à des fins autres que la démonstration et l'information destinées aux patients.

Tâches	Pratique de façon autonome dans la limite de son champ d'activités	Pratique dans le respect des directives médicales	Pratique en consultation et en collaboration avec (un fournisseur désigné)	Pratique sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé agréé
Examiner les antécédents médicaux depuis la dernière vérification et les MSTP	Tout FSS ou AM réglementé	S.O.	S.O.	EXT INF
Vérifier les signes vitaux	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, IAA, AS	S.O.	S.O.	EXT INF
Vérifier le poids et la taille du patient	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, IAA, AS, PSSP	S.O.	S.O.	EXT INF
Réaliser l'examen physique et tenir compte des écarts avec des résultats anormaux ou la réponse au traitement	OM/H/OG, OPO, IP	AM, ICS	IA (avec OM/H/OG, IP)	S.O.
Réaliser un examen physique et repérer les résultats normaux ou anormaux	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA	S.O.	IAA (avec OM/H/OG, IP, IA)	S.O.
Examiner les résultats d'analyses sanguines et des tests de surveillance pour repérer les éléments d'intérêt clinique et tenir compte des valeurs normales	OM/H/OG, OPO, IP, AM, ICS, IA, IAA	S.O.	S.O.	S.O.
Interpréter les résultats anormaux ou hors valeurs normales, ou les résultats d'analyses sanguines et agir en conséquence	OM/H/OG, OPO, IP	AM, ICS, IA, IAA (avec OM/H/OG, IP)	S.O.	S.O.

Références

1. Lo, D. S. *et coll.* Time to treat: A system redesign focusing on decreasing the time from suspicion of lung cancer to diagnosis. *J. Thorac. Oncol.* (2007) doi:10.1097/JTO.0b013e318158d4b6.
2. Baun, M. L. L. *et al.* Ovarian cancer suspicion, urgent referral and time to diagnosis in Danish general practice: A population-based study. *Fam. Pract.* (2019) doi:10.1093/fampra/cmz013.
3. Jensen, H., Tørring, M. L., Olesen, F., Overgaard, J. & Vedsted, P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: A population-based GP survey and registry study. *BMC Cancer* (2014) doi:10.1186/1471-2407-14-636.
4. Mishra, S. I., Gioia, D., Childress, S., Barnet, B. & Webster, R. L. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Heal. Soc. Work* **36**, 249–258 (2011).
5. Mougalian, S. S., Wang, J., Zarzour, M. A., Quinn, D. & Rieber, A. G. Feasibility and savings of a suspicion of cancer clinic at a large county hospital. *J. Clin. Oncol.* (2012) doi:10.1200/jco.2012.30.34_suppl.104.
6. Mullin, M. L. L. *et coll.* Improving Timeliness of Lung Cancer Diagnosis and Staging Investigations Through Implementation of Standardized Triage Pathways. *JCO Oncol. Pract.* (2020) doi:10.1200/jop.19.00807.
7. Gulak, M. A. *et coll.* Implementing a one-day testing model improves timeliness of workup for patients with lung cancer. *Curr. Oncol.* (2019) doi:10.3747/co.26.4927.
8. Spagnolo, J. *et coll.* Exploring the implementation and underlying mechanisms of centralized referral systems to access specialized health services in Quebec. *BMC Health Serv. Res.* (2021) doi:10.1186/s12913-021-07286-3.
9. Lopatina, E. *et coll.* Single-entry models (SEMs) for scheduled services: Towards a roadmap for the implementation of recommended practices. *Health Policy (New. York).* (2017) doi:10.1016/j.healthpol.2017.08.001.
10. Vo, A. T. *et coll.* A single-entry model and wait time for hip and knee replacement in eastern health region of Newfoundland and Labrador 2011–2019. *BMC Health Serv. Res.* (2022) doi:10.1186/s12913-021-07451-8.
11. Novak, K. L., Van Zanten, S. V. & Pendharkar, S. R. Improving access in gastroenterology: The single point of entry model for referrals. *Canadian Journal of Gastroenterology* (2013) doi:10.1155/2013/519342.
12. Damani, Z. *et coll.* What is the influence of single-entry models on access to elective surgical procedures? A systematic review. *BMJ Open* (2017) doi:10.1136/bmjopen-2016-012225.
13. Harris, J. Single-Entry Models in Surgical Services. *Can. J. Heal. Technol.* (2021) doi:10.51731/cjht.2021.74.
14. Damani, Z. *et coll.* Improving the quality of care with a single-entry model of referral for total joint replacement: A preimplementation/postimplementation evaluation. *BMJ Open* (2019) doi:10.1136/bmjopen-2018-028373.
15. Lopatina, E. *et coll.* Single-entry models for scheduled services: towards a roadmap for the implementation of best practices. *Value Heal.* (2016) doi:10.1016/j.jval.2016.03.834.
16. Milakovic, M. *et coll.* Effects of a single-entry intake system on access to outpatient visits to specialist physicians and allied health professionals: a systematic review. *C. open* (2021) doi:10.9778/cmajo.20200067.

17. Shapiro, J. *et coll.* Perceptions of Ontario health system leaders on single-entry models for managing the COVID-19 elective surgery backlog: an interpretive descriptive study. *C. Open* **10**, 789–797 (2022).
18. Huang, Y. *et coll.* Alternative Outpatient Chemotherapy Scheduling Method to Improve Patient Service Quality and Nurse Satisfaction. *JCO Oncol. Pract.* **14**, 82–91 (2017).
19. Sevinc, S., Sanli, U. A. & Goker, E. Algorithms for scheduling of chemotherapy plans. *Comput. Biol. Med.* (2013) doi:10.1016/j.compbimed.2013.10.012.
20. Vortherms, J., Spoden, B. & Wilcken, J. From evidence to practice: Developing an outpatient acuity-based staffing model. *Clin. J. Oncol. Nurs.* (2015) doi:10.1188/15.CJON.332-337.
21. Ahmed, Z., Elmekawy, T. Y. & Bates, S. Developing an efficient scheduling template of a chemotherapy treatment unit: A case study. *Australas. Med. J.* (2011) doi:10.4066/AMJ.2011.837.
22. Turkcan, A., Zeng, B. & Lawley, M. Chemotherapy operations planning and scheduling. *IIE Trans. Healthc. Syst. Eng.* (2012) doi:10.1080/19488300.2012.665155.
23. Condotta, A. & Shakhlevich, N. V. Scheduling patient appointments via multilevel template: A case study in chemotherapy. *Oper. Res. Heal. Care* (2014) doi:10.1016/j.orhc.2014.02.002.
24. Hahn-Goldberg, S. *et coll.* Dynamic optimization of chemotherapy outpatient scheduling with uncertainty. *Health Care Manag. Sci.* (2014) doi:10.1007/s10729-014-9268-0.
25. Woodall, J. C., Gosselin, T., Boswell, A., Murr, M. & Denton, B. T. Improving patient access to chemotherapy treatment at duke cancer institute. *Interfaces (Providence)*. (2013) doi:10.1287/inte.2013.0695.
26. Bilbrey, L. *et coll.* Utilizing data and artificial intelligence to optimize treatment room scheduling and staffing. *J. Clin. Oncol.* **40**, supp (2022).
27. van Tuyl, L., Vrijhoef, B., Laurant, M., de Bont, A. & Batenburg, R. Broadening the scope of task shifting in the organisation of healthcare. *Int. J. Care Coord.* (2021) doi:10.1177/20534345211039988.
28. Vélez, M., Bain, T., Rintjema, J. & Wilson, M. *Rapid Synthesis: Expanding Scopes of Practice in Cancer Care to Provide High-quality Person-centred Care and to Enhance Access to Care.* https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/expanding-scopes-of-practice-in-cancer-care-to-provide-high-quality-person-centred-care-and-to-enhance-access-to-care.pdf?sfvrsn=32d27ea9_5 (2022).
29. Nelson, S. *et coll.* Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System. *Curr. Oncol.* **30**, Curr. Oncol. (2023).
30. Winkelmann, J., Scarpetti, G., Williams, G. & Maier, C. *How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity?* (2022).
31. Haggerty, J. L. *et coll.* Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal* (2003) doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
32. King, M. *et coll.* The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: A mixed methods study. *Br. J. Cancer* (2008) doi:10.1038/sj.bjc.6604164.
33. Barbera, L., Taylor, C. & Dudgeon, D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *C. Can. Med. Assoc. J.* (2010) doi:10.1503/cmaj.091187.
34. Ljungholm, L., Edin-Liljegren, A., Ekstedt, M. & Klinga, C. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Serv. Res.* **22**, 686 (2022).
35. Krystallidou, D., Langewitz, W. & van den Muijsenbergh, M. Multilingual healthcare communication: Stumbling blocks, solutions, recommendations. *Patient Educ. Couns.* (2021) doi:10.1016/j.pec.2020.09.015.

36. Gallant, F. The multilingual comprehensive electronic patient education module. *J. Med. Imaging Radiat. Sci.* (2011).
37. Holden, C. E., Wheelwright, S., Harle, A. & Wagland, R. The role of health literacy in cancer care: A mixed studies systematic review. *PLoS ONE* (2021) doi:10.1371/journal.pone.0259815.
38. Ahmadzadeh, I., Abdekhoda, M. & Bejani, M. Improving Self-Care Management in Patients with Breast Cancer through Health Literacy Promotion. *Ethiop. J. Health Sci.* (2021) doi:10.4314/ejhs.v31i1.10.
39. Garcia, S. F., Hahn, E. A. & Jacobs, E. A. Addressing low literacy and health literacy in clinical oncology practice. *J. Support. Oncol.* (2010).
40. Houston, A. J., Gunn, C. M., Paasche-Orlow, M. K. & Basen-Engquist, K. M. Health Literacy Interventions in Cancer: a Systematic Review. *Journal of Cancer Education* (2021) doi:10.1007/s13187-020-01915-x.
41. Fernandez-Gonzalez, L. & Bravo-Valenzuela, P. Effective interventions to improve the health literacy of cancer patients. *Ecancermedicalscience* (2019) doi:10.3332/ecancer.2019.966.
42. Brega, A. G. *et coll.* AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. *Annals of Internal Medicine* (2015).
43. Adams, A. J., Martin, S. J. & Stolpe, S. F. 'Tech-check-tech': A review of the evidence on its safety and benefits. *American Journal of Health-System Pharmacy* (2011) doi:10.2146/ajhp110022.
44. Halvorson, D., Eukel, H. N., Gilbraith, M., Schaper, T. & Miller, D. R. Design and Implementation of Tech-Check-Tech Programs in North Dakota Pharmacies. *J. Pharm. Pract.* (2022) doi:10.1177/08971900221088787.
45. McFarland, R. Telepharmacy for remote hospital inpatients in north-west Queensland. *J. Telemed. Telecare* (2017) doi:10.1177/1357633X17732367.
46. Kester, K. A., Finck, K. M., Reehal, P. & Reynolds, D. Telepharmacy services in acute care: Diverse needs within a large health system. *Am. J. Heal. Pharm.* (2022) doi:10.1093/ajhp/zxac026.
47. Woodall, S. C. Remote order entry and video verification: reducing after-hours medication errors in a rural hospital. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* (2004) doi:10.1016/S1549-3741(04)30050-X.
48. Leung, M. *et coll.* *Safe Administration of Chemotherapy: Safety During Chemotherapy Ordering, Transcribing, Dispensing, and Patient Identification.* <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/1196> (2012).
49. Leung, M. *et coll.* *Safe Administration of Systemic Cancer Therapy Part 2: Administration of Systemic Treatment and Management of Preventable Adverse Events.* <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/1201> (2018).
50. BOPA. Standards for Pharmacy Verification of Prescriptions for Cancer Medicines. [http://www.bopawebsite.org/sites/default/files/publications/BOPA Standards for Clinical Pharmacy Verification of cancer medicine prescriptions V2.3 FINAL 9.4.13.pdf](http://www.bopawebsite.org/sites/default/files/publications/BOPA%20Standards%20for%20Clinical%20Pharmacy%20Verification%20of%20cancer%20medicine%20prescriptions%20V2.3%20FINAL%209.4.13.pdf) (2013).
51. Neuss, M. N. *et coll.* 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *J. Oncol. Pract.* **12**, 1262–1271 (2016).
52. Liu, G., Franssen, E., Fitch, M. I. & Warner, E. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *J. Clin. Oncol.* **15**, 110–5 (1997).
53. National Chemotherapy Advisory Group & Ncepod. For better, for worse? A review of the care of patients who died within 30 days of receiving systemic anti-cancer therapy. *Ncepod* (2008).
54. Butt, F. & Ream, E. Implementing oral chemotherapy services in community pharmacies: A qualitative study of chemotherapy nurses' and pharmacists' views. *Int. J. Pharm. Pract.* **24**, 149–159 (2016).

55. Goodin, S. *et coll.* Safe handling of oral chemotherapeutic agents in clinical practice: recommendations from an international pharmacy panel. *J. Oncol. Pract.* **7**, 7–12 (2011).
56. Schulmeister, L. Chemotherapy medication errors: descriptions, severity, and contributing factors. *Oncol. Nurs. Forum* **26**, 1033–42 (1999).
57. Cohen, M. R. *et coll.* Preventing medication errors in cancer chemotherapy. *American Journal of Health-System Pharmacy* vol. 53 737–745 (1996).
58. Ranchon, F., Bouret, C., Charpiat, B. & Leboucher, G. Oral chemotherapeutic agents: Need of safe medication practice. *Pharmacien Hospitalier* vol. 44 36–44 (2009).
59. National Patient Safety Agency. Oral anti-cancer medicines: Risks of incorrect dosing. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59880> (2017).
60. Agency for Healthcare Research and Quality. Oral chemotherapy drugs not immune to medication errors. *AHRQ Res. Act.* **4** (2010).
61. Pardhan, A. *et coll.* *Enhancing the Delivery of Take-Home Cancer Drugs in Ontario*. <https://www.cancercareontario.ca/fr/content/enhancing-delivery-take-home-cancer-drugs-ontario> (2019).
62. CCO. Clinical Verification of Cancer Drug Prescriptions Checklist: Cancer Centres and Specialty Pharmacies. [https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/Checklist for Cancer Center and Specialty Pharmacy_accessible.pdf](https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/Checklist%20for%20Cancer%20Center%20and%20Specialty%20Pharmacy_accessible.pdf) (2015).
63. CCO. Recommended Criteria of a Pre-Printed Order: Oral Chemotherapy Take Home Prescriptions. <https://www.cancercareontario.ca/fr/node/4506> (2015).
64. CAPCA etCO. Recommandations pour l'utilisation et la manipulation sécuritaires des médicaments anticancéreux oraux dans les pharmacies communautaires : des lignes directrices consensuelles pancanadiennes. <https://capca.ca/wp-content/uploads/2020/10/Recommandations-pour-l'utilisation-et-la-manipulation-securitaires-des-medicaments-anticancereux-oraux-2017.pdf> (2017)
65. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). *Enhancing the Delivery of Oncology Systemic Treatment in the Home and Community in Ontario Recommendations Report*. <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/71031> (2022).
66. Wilson, B. E. *et coll.* Estimates of global chemotherapy demands and corresponding physician workforce requirements for 2018 and 2040: a population-based study. *Lancet Oncol.* (2019) doi:10.1016/S1470-2045(19)30163-9.
67. Sumpio, C., Knobf, M. T. & Jeon, S. Treatment complexity: a description of chemotherapy and supportive care treatment visits in patients with advanced-stage cancer diagnoses. *Support. Care Cancer* (2016) doi:10.1007/s00520-015-2775-9.
68. Johnson, K. *et coll.* Implementing a patient acuity tool: Perceived effectiveness for more equitable staff assignments. *Nursing (Lond)*. **53**, 53–58 (2023).
69. Jibb, L. A. *et coll.* Research priorities for the pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support practice guides: A modified nominal group consensus. *Curr. Oncol.* (2019) doi:10.3747/co.26.4247.
70. Stacey, D. *et coll.* Managing symptoms during cancer treatments: Evaluating the implementation of evidence-informed remote support protocols. *Implement. Sci.* (2012) doi:10.1186/1748-5908-7-110.
71. Stacey, D. *et coll.* Quality of telephone nursing services for adults with cancer and related non-emergent visits to the emergency department. *Can. Oncol. Nurs. J.* (2020) doi:10.5737/23688076303193199.
72. Aapro, M. *et coll.* Digital health for optimal supportive care in oncology: benefits, limits, and future perspectives. *Supportive Care in Cancer* (2020) doi:10.1007/s00520-020-

05539-1.

73. Tartarone, A. *et coll.* Crizotinib-induced cardiotoxicity: The importance of a proactive monitoring and management. *Futur. Oncol.* **11**, 2043–2048 (2015).
74. Kendall, M. *et coll.* Proactive cancer care in primary care: A mixed-methods study. *Fam. Pract.* **30**, 302–312 (2013).
75. K., P. *et coll.* Improved Long-term Outcomes of Patients With Inflammatory Bowel Disease Receiving Proactive Compared With Reactive Monitoring of Serum Concentrations of Infliximab. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* **15**, 1580–1588.e3 (2017).
76. Korcz, I. R. & Moreland, S. Telephone prescreening: Enhancing a model for proactive healthcare practice. *Cancer Practice* vol. 6 270–275 (1998).
77. Granot, T. *et coll.* Proactive approach: Developing and implementing guidelines for treating patients with orally-administered anti-cancer drugs (OAACD) in the home-care setting: Experience of a comprehensive cancer center. *Support. Care Cancer* **23**, S338 (2015).
78. Oakley, C. *et coll.* *Promoting Early Identification of Systemic Anti-Cancer Therapies Side Effects: – Two Approaches.* (2016).
79. Bunnell, C. A., Weingart, S. N., Swanson, S., Mamon, H. J. & Shulman, L. N. Models of multidisciplinary cancer care: Physician and patient perceptions in a comprehensive cancer center. *J. Oncol. Pract.* (2010) doi:10.1200/JOP.2010.000138.
80. Lamb, B. W. *et coll.* Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: A systematic review. *Annals of Surgical Oncology* (2011) doi:10.1245/s10434-011-1675-6.
81. Kesson, E. M., Allardice, G. M., George, W. D., Burns, H. J. G. & Morrison, D. S. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: Retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* (2012) doi:10.1136/bmj.e2718.
82. Sussman, J., Belgaryan, H. & Payne, A. *Follow-Up Model of Care for Cancer Survivors.* <https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/58736> (2019).
83. Velez, M. & Wilson, M. *Enhancing Shared-care Models Between Primary-care Teams and Oncology in Post-treatment Care.* https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/enhancing-shared-care-models-between-primary-care-teams-and-oncology-in-post-treatment-care.pdf?sfvrsn=35a19580_8 (2021).
84. Mukherjee, S., Bainbridge, D., Hillis, C. & Sussman, J. Optimizing Cancer Survivorship Care: Examination of Factors Associated with Transition to Primary Care.
85. Smith, C. B., Phillips, T. & Smith, T. J. Using the New ASCO Clinical Practice Guideline for Palliative Care Concurrent With Oncology Care Using the TEAM Approach. *Am. Soc. Clin. Oncol. Educ. B.* (2017) doi:10.1200/edbk_175474.
86. Ferrell, B. R. *et coll.* Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J. Clin. Oncol.* (2017) doi:10.1200/JCO.2016.70.1474.
87. Parker, S. M. *et coll.* A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. *Journal of Pain and Symptom Management* (2007) doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035.
88. Steihauser, K. E. *et coll.* Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J. Pain Symptom Manage.* (2001) doi:10.1016/S0885-3924(01)00334-7.
89. Panagioti, M. *et coll.* Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* (2018) doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713.

90. Gajjar, J., Pullen, N., Laxer, D. & Wright, J. *Healing the Healers: System-Level Solutions to Physician Burnout: Recommendations of the Ontario Medical Association Burnout Task Force.* (2021).
91. Gouvernement du Canada; Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. Les Autochtones et leurs communautés <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303> (2022).
92. Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action. Commission de vérité et réconciliation du Canada* (2015).
93. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (2019-2023) <https://www.cancercareontario.ca/fr/propos-action-cancer-ontario/programmes/programmes-peuples-autochtones/strategie-lutte-cancer-peuples-autochtones#:~:text=des%20peuples%20autochtones.-,La%20Strat%C3%A9gie%20pour%20la%20lutte%20contre%20le%20cancer%20chez%20les,partenaires%20du%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9> (2019)
94. Horrill, T. C. *et coll.* Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Social Science and Medicine* (2019) doi:10.1016/j.socscimed.2019.112495.
95. McNally, M. & Martin, D. La santé des Premières nations, des Inuits et des Métis: les facteurs que doivent envisager les leaders en santé canadiens dans la foulée du rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Healthc. Manag. Forum* (2017) doi:10.1177/0840470417695453.
96. Institut canadien d'information sur la santé. Données fondées sur la race et l'identité autochtone. <https://www.cihi.ca/fr/donnees-fondees-sur-la-race-et-lidentite-autochtone> (2022).
97. Sheppard, A., Antone, C., Logan, A. & Kewayosh, A. Equity-Oriented Healthcare: What It Is and Why We Need It in Oncology. *Int. J. Indig. Heal.* **14**, 293–307 (2019).
98. Lavoie, J. G., Kaufert, J., Browne, A. J. & O'Neil, J. D. Managing Matajoosh: Determinants of first Nations' cancer care decisions. *BMC Health Serv. Res.* (2016) doi:10.1186/s12913-016-1665-2.
99. Castleden, H., Garvin, T. & First Nation, H. ay aht. Modifying Photovoice for community-based participatory Indigenous research. *Soc. Sci. Med.* (2008) doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.030.
100. Lambert, L. *et coll.* Health and healthcare equity in the cancer care sector in Canada: Results of a rapid scoping review. *J. Clin. Oncol.* (2022) doi:10.1200/jco.2022.40.16_suppl.e18536.
101. Gouvernement de l'Ontario. Profil de la population francophone de l'Ontario. <https://www.ontario.ca/fr/page/profil-de-la-population-francophone-de-lontario-2016> (2016).
102. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins : rapport final préparé pour la Société Santé en français. <https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf> (2015).
103. de Moissac, D. & Bowen, S. Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada. *J. Patient Exp.* (2019) doi:10.1177/2374373518769008.
104. Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. Active offer of health services in French in Ontario: Analysis of reorganization and management strategies of health care organizations. *Int. J. Health Plann. Manage.* (2018) doi:10.1002/hpm.2446.