Le soutien psychosocial en oncologie: réalités et contexte de l'offre de services pour les personnes vivant en région

Sophie Cayer, travailleuse sociale
Martine Vignola, travailleuse sociale
23 octobre 2026

Introduction

OUVERTURE

- Bienvenue à l'atelier psychosocial
- Merci au comité organisateur

ÉCHANGE

Déclaration de conflits d'intérêts

OUVERTURE

- Nous n'avons pas de conflits d'intérêts en lien avec le contenu de la présentation.

Le plan de l'atelier

OUVERTURE

- Rôles du travailleur social en oncologie
- Réalités pour les usagers en région
- Enjeux des déplacements
- Enjeux de l'hébergement
- Ressources en oncologie

ÉCHANGE

Rôles du travailleur social

RÔLE ET RÉALITÉS

- Soutien en lien avec la maladie des personnes atteintes et/ou les proches
- Organisation des services et référencement
- Accompagnement dans les démarches
- Évaluation pour l'admissibilité à de l'aide financière
- Support-conseil auprès des équipes en oncologie, de la 1ère ligne et des organismes communautaires

ÉCHANGE

Réalité pour les usagers en région (Gaspésie)

RÔLE ET RÉALITÉS

- Déplacements à Rimouski pour les traitements de radiothérapie (impliquant l'hébergement pendant les traitements)
- Ces derniers mois, il y a eu une augmentation importante des demandes d'aides pour cette organisation (déplacements et hébergement).

Pyramide de Maslow

RÔLE ET RÉALITÉS



Dans ce type de demande d'aide, on doit prendre en considération la situation actuell de la personne, mais aussi: :

RÔLE ET RÉALITÉS

- Le contexte dans lequel est arrivé le cancer dans la vie de la personne
- La situation de vie
- À cela s'ajoute, la logistique de se préparer à venir à Rimouski
- L'insécurité face aux traitements
- Les impacts psychologiques du nouveau diagnostic

ÉCHANGE

Enjeux des déplacements: ce qu'on fait pour soutenir

RÔLE ET RÉALITÉS

- Tenir compte des capacités physiques/cognitives de la personne
- Valider le réseau de soutien
- Si autonome: Autobus voyageur
- Si besoin d'un accompagnateur: CAB
- Dernier recours: taxi, transport adapté.

ÉCHANGE

Programme régional d'aide financière pour le déplacement des usagers

DÉPLACEMENTS

- Particularité pour la clientèle d'oncologie de la Gaspésie
- Particularité pour la clientèle d'oncologie du Bas Saint-Laurent
- Sont exclus: prestataires de l'aide sociale, les 1ères Nations.

DÉPLACEMENTS

…e financière vise à soutenir les …ie qui doivent se déplacer, à la demande de leur médecin, sur de longues distances afin de recevoir des soins et des services non disponibles localement. Les montants sont versés sous forme d'allocation permettant d'alléger les coûts reliés aux frais de déplacement et de séjour.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Être résident du Québec et domicilié dans la région de la Gaspésie ;
- Avoir reçu, de son médecin, une ordonnance médicale pour des soins et services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec ;
- Se déplacer vers l'établissement du réseau le plus rapproché et situé à 200 km et plus de sa résidence ou de l'établissement où il reçoit habituellement les soins et services de base ;
- Demander au médecin de préciser sur le formulaire de réclamation, sauf si l'usager a moins de 18 ans ou est atteint d'une incapacité sévère, si un accompagnateur est requis.

EXCLUSIONS

- Les frais de séjour et de déplacement admissibles à un remboursement par un autre programme d'aide financière (1er agent payeur) ne seront pas remboursés à l'usager ;
- L'usager doit assumer l'ensemble des frais inhérents à son déplacement lorsqu'il choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui le plus rapproché où le service est offert, et ce, pour des raisons personnelles ou sur recommandation de son médecin.

AIDE FINANCIÈRE ALLOUÉE

Frais de déplacement

- Allocation de 0,24 $ par kilomètre parcouru[1] pour l'aller et le retour entre l'établissement où il reçoit habituellement les soins et l'établissement qui fournira les services requis, moins un déductible de 200 kilomètres lorsqu'une automobile est utilisée pour le déplacement ;

OU

- Coût du transport en commun aller-retour au tarif le plus économique entre la localité de la résidence de l'usager et l'établissement qui fournira les services requis (pièces justificatives requises). Si le médecin a prescrit un accompagnateur familial ou social, les frais de transport en commun seront aussi remboursés (pièces justificatives requises).

Frais d'hébergement et de séjour

- Un montant forfaitaire de 126,16 $ par nuitée est accordé à l'usager pour les repas et l'hébergement. Si le médecin a prescrit un accompagnateur familial ou social, un montant forfaitaire de 54,03 $ par nuitée sera accordé pour les frais de repas.

- Le nombre de nuitées est calculé en fonction de la région de destination:
  - Gaspésie et Bas–St-Laurent : une nuitée.
  - Autres régions : deux nuitées.

- L'usager doit fournir une pièce justificative pour l'hébergement

** Les montants alloués seront indexés au 1er avril de chaque année.*

MESURES SPÉCIFIQUES

Certaines particularités pourraient s'appliquer pour un usager qui :

- doit recevoir des services en oncologie, ou tout autre traitement relié au cancer, en attente de greffe ou post greffé ;
- se déplace dans un établissement autre que celui le plus rapproché offrant le service pour une spécialité dont les délais d'attente sont supérieurs aux délais d'attente reconnus.

L'usager, dans l'une de ces situations, doit s'adresser à l'établissement de santé qu'il fréquente habituellement pour vérifier les modalités.

PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

Les usagers doivent présenter le formulaire de réclamation dûment rempli et signé par les personnes concernées ainsi que les pièces justificatives requises **dans un délai de 90 jours suivant la date du rendez-vous.**

Celui-ci doit être acheminé à l'établissement de santé situé sur le territoire où réside l'usager. Les formulaires incomplets ou contenant des informations inexactes peuvent être refusés.

OÙ VOUS ADRESSER :

Par courriel :
deplacement.usager.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca

Municipalités de Coin-du-Banc à Manche-d'Épée
Hôpital de Gaspé
215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : 418 368-3301, poste 73124

Municipalités de Canne-de-Roches à Port-Daniel
Hôpital de Chandler
451, rue Mgr Ross Est
Chandler (Québec) G0C 1K0
Tél. : 418 759-3443, poste 72464

Municipalités de Gros-Morne à Capucins
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts
50, rue du Belvédère
Ste-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4
Tél. : 418 759-3443, poste 72464

Municipalités de l'Ascension à Shigawake
Hôpital de Maria
419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : 418 759-3443, poste 72464

Note: Pour toute précision ou information supplémentaire au sujet de ce programme, les usagers peuvent consulter la Politique de déplacement des usagers du CISSS de la Gaspésie à l'adresse suivante :
cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-financiere-pour-le-deplacement-des-usagers

PROGRAMME RÉGIONAL D'AIDE FINANCIÈRE

POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS

(200 kilomètres et plus)



ATTENTION : Votre demande doit nous être soumise dans un délai de 90 jours suivant votre date de rendez-vous

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie
Québec

MAJ 2026-04-08

[1] Selon la distance reconnue par le ministère des Transports du Québec

DÉPLACEMENTS

RÉCLAMATION
…cière pour les déplacements de 200 km et plus)

INSTRUCTIONS :

- Veuillez vous assurer que chacune des sections de ce formulaire soit bien complétée et que les pièces justificatives requises soient jointes à celui-ci.

ATTENTION : Veuillez présenter votre réclamation à l'établissement situé sur le territoire de votre municipalité de résidence, et ce, DANS UN DÉLAI DE 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE RENDEZ-VOUS.

SECTION 1: À REMPLIR PAR L'USAGER

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____
N° civique *Rue*

_____
Ville *Province* *Code postal*

Date de naissance: _____

Téléphone: _____

N° assurance maladie: _____

Paiement au nom de: _____
Uniquement si l'usager est âgé de moins de 18 ans ou atteint d'incapacité sévère

Désirez-vous adhérer au paiement par dépôt direct? **Oui** ☐ **Non** ☐
*Si oui, veuillez fournir, avec ce formulaire, un spécimen de chèque avec la mention **annulé** et votre adresse courriel pour fin de confirmation de paiement:*
Adresse courriel : _____

Êtes-vous bénéficiaire ou admissible à l'un des programmes suivants (1er agent payeur):

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	Oui ☐	Non ☐
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (aide sociale)	Oui ☐	Non ☐
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	Oui ☐	Non ☐
Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap (CISSS de la Gaspésie)	Oui ☐	Non ☐
Autres programme : Santé Canada autochtone	Oui ☐	Non ☐
Programme de recherche	Oui ☐	Non ☐

Moyen de transport utilisé: _____

En signant ce formulaire, j'autorise le CISSS à faire les vérifications nécessaires auprès des organismes sus-mentionnés.

_____
Date

**Aucune copie des documents fournis ne sera retournée*

SECTION 2 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI PRESCRIT LE DÉPLACEMENT
(OU JOINDRE UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN)

Raison de référence (spécialité): _____

Nom du médecin receveur: _____

Établissement receveur et ville: _____

S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si non, veuillez préciser la raison: _____

Si en raison du délai, veuillez mentionner le nombre de mois d'attente: _____
(Sous réserve de la validation par l'établissement

Un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du médecin: ____

_____ _____
Nom du médecin traitant *Signature du médecin ou de son représentant autorisé**

_____
Date

SECTION 3 : À FAIRE REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT RECEVANT L'USAGER

Nom du médecin receveur: _____

Spécialité: _____

Établissement receveur et ville: _____

Soins payés par la RAMQ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Programme de recherche **Oui** ☐ **Non** ☐

Première consultation ☐ **ou suivi** ☐

Si suivi, un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du md.: ____

Résumé des soins ou services reçus: _____

Date du rendez-vous en consultation: _____

Date de l'hospitalisation, le cas échéant, du au _____

_____ _____
Signature du médecin receveur *Signature du médecin ou de son représentant autorisé*

_____
Date

**Le représentant autorisé du médecin peut être un intervenant professionnel ou un technicien de l'établissement receveur qui peut assister en la présence de l'usag…*

SECTION 4 : ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Cette demande est:

Acceptée ☐ **Refusée** ☐

Motif du refus: _____

Aide financière allouée :

Kilométrage ou transport en commun:	____ $
Nuitée(s) ou hôtellerie/usager:	____ $
Nuitée(s) ou hôtellerie/accompagnateur:	____ $
Total:	____ $

_____
Signature de la personne autorisée

Date

DÉPLACEMENTS

ccompagnateur *(s'il y a lieu)*

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____
N° civique Rue Résidence

_____ _____
Ville Province Code postal Travail

SECTION 3 Médecin du Bas-Saint-Laurent qui prescrit le déplacement (ou joindre une copie de la prescription du médecin)

Raison de la référence (spécialité) : _____

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____ N° de permis : _____

S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service? ☐ Oui ☐ Non

Si non, spécifiez la raison : _____

Un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du médecin : _____

Signature du médecin du Bas-Saint-Laurent
ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

SECTION 4 Établissement qui fournira les services requis

(estampe)

Nom de l'établissement de destination : _____

Adresse : _____
N° civique Rue

_____
Ville Province Code postal

Nom du médecin hors région : _____

N° de permis : _____ Spécialité : _____

Traitement reçu : _____

Date du rendez -vous : ____ / ____ / ____ Est-ce un suivi? ☐ Oui ☐ Non
Année Mois Jour

Accompagnateur requis par le médecin : ☐ Oui ☐ Non Service couvert par la RAMQ : ☐ Oui ☐ Non

Date de l'hospitalisation : Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour Année Mois Jour

Signature du médecin hors région
ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

SECTION 5 CISSS du Bas-Saint-Laurent *(section réservée au Service de la comptabilité)*

Date de réception : _____ Cette demande est : ☐ Acceptée ☐ Refusée

Montant : _____ Quantité : _____ Code budgétaire : _____

Description : _____

Motif du refus (s'il y a lieu) : _____

Signature de la comptabilité : _____ Date : _____

DL-DE-0003 | 2023-03-06 (révision : juin 2026)

Vous devez vous déplacer pour recevoir des soins et des services de santé à **200 kilomètres ou plus?**

Vous êtes peut-être admissible à une aide financière...



Programme d'aide financière aux usagers

Ce programme s'adresse aux usagers de la région du Bas-Saint-Laurent qui doivent se déplacer à 200 kilomètres ou plus (aller seulement) de leur résidence ou de l'installation de leur territoire pour recevoir des soins et des services de santé non disponibles dans leur région ou lorsque les soins et les services ne sont pas disponibles dans un délai médicalement requis.

Ce programme d'aide financière s'appuie sur la *Politique de déplacement des usagers* du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Vous pouvez consulter cette politique au cisss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement.

Québec

DÉPLACEMENTS

missibilité

Pour être admissible, l'usager doit :

- Être résident du Québec;
- Avoir reçu de son médecin une ordonnance médicale (prescription) pour des services de santé et des services sociaux non disponibles dans la région du Bas-Saint-Laurent qui sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- Se déplacer vers l'établissement de santé et de services sociaux le plus rapproché et qui est situé à 200 km ou plus[1] (aller seulement) de l'établissement de la région du Bas-Saint-Laurent où il reçoit habituellement les soins et les services ou de son lieu de résidence;
- Ne pas avoir reçu d'aide financière d'un autre programme.

Une personne peut être autorisée à accompagner l'usager à la demande de son médecin. **Le médecin doit alors le spécifier sur l'ordonnance médicale** sauf dans le cas où l'usager est âgé de moins de 18 ans. Dans ce cas, une preuve de la présence de l'accompagnateur peut être exigée (exemple : facture).

[1]Selon les distances routières établies par le ministère des Transports et de la Mobilité durable

Remboursement des frais

Les montants ont été indexés en date du 1er avril 2026. Ils seront indexés automatiquement chaque année selon l'indice des prix à la consommation.

Frais de déplacement

L'établissement rembourse à l'usager le plus petit des montants suivants :

- Les frais d'utilisation d'un véhicule selon le *Tableau de l'allocation financière à l'usager* disponible au cisss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement (correspond à 0,24 $ du kilomètre moins un déductible de 200 km);
- Le coût du transport en commun.

Des modalités d'allocations financières particulières s'appliquent pour les usagers qui doivent se déplacer pour recevoir des services en **oncologie** ou qui sont en attente d'une **greffe** ou **post-greffe**. Pour obtenir des informations concernant les frais autorisés pour ces déplacements, contactez-nous aux coordonnées ci-dessous.

Frais de repas et d'hébergement

- L'établissement verse à l'usager un montant pour compenser une partie des frais de repas et d'hébergement encourus lors de son déplacement (aller-retour). Ce montant est préétabli en fonction de la distance à parcourir (voir *Tableau de l'allocation financière à l'usager* disponible au cisss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement). **Une preuve justificative pour l'hébergement est obligatoire (s'il y a lieu) depuis le 1er novembre 2023.**
- Il est à noter que les montants établis sont **par jour de rendez-vous**.
- L'usager a droit également à une allocation financière pour compenser une partie des frais de l'accompagnateur lorsque celui-ci est requis selon les critères d'admissibilité. Cette allocation correspond à 53,92 $ de frais encourus par l'accompagnateur par tranche de 125,91 $ de frais de repas et d'hébergement allouée à l'usager.

Pour toute question ou information supplémentaire

Courriel : aidefinanciere200km.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1 866 724-5231 (option « Aide financière pour les déplacements de 200 km et plus »)

Formulaire de réclamation disponible au cisss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec

Formulaire de réclamation
(PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE AUX USAGERS)

Veuillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu), **3 et 4** de ce formulaire soient bien remplies, et que les pièces justificatives soient jointes à ce formulaire. Conservez vos reçus originaux pour votre déclaration d'impôt, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés. Les formulaires incomplets seront retournés.

Veuillez faire parvenir ce formulaire **dans les 90 jours suivant votre déplacement** par l'un de ces moyens :

Par la poste
CISSS du Bas-Saint-Laurent
Service de la comptabilité
800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6

Par courriel
aidefinanciere200km.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 1 L'usager *(veuillez remplir **tous** les champs)*

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____
N° civique Rue Résidence

_____ _____
Ville Province Code postal Travail

Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° d'assurance maladie : _____
Année Mois Jour

Adresse courriel : _____

Mode de transport utilisé : Aller : _____ Retour : _____

Moment du transport : Date de départ : _____ Date de retour : _____

Avez-vous déjà transmis une réclamation dans le cadre de ce programme? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide financière offert par :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ☐ Oui ☐ Non
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Aide sociale) ☐ Oui ☐ Non
- Transport hébergement personnes handicapées (vous référer à votre CLSC) ☐ Oui ☐ Non
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ☐ Oui ☐ Non
- Autre : _____ ☐ Oui ☐ Non

Afin de déterminer l'agent payeur, nous autorisez-vous à faire les vérifications requises auprès des organismes concernés? ☐ Oui ☐ Non

S'il s'agit d'une première demande, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre prescription médicale du médecin de la région du Bas-Saint-Laurent (ou lui faire remplir la SECTION 3 du formulaire) ainsi que votre spécimen de chèque.

Signature de l'usager : _____ Date : _____

Formulaire du programme régional d'aide financière Gaspésie

DÉPLACEMENTS

Formulaire du programme regional d'aide financière du Bas Saint-Laurent

DÉPLACEMENTS

HÉBERGEMENT

Enjeux d'hébergement
D'emblée, les gens sont dirigés vers un hébergement à l'Hôtellerie Omer Brazeau.

S'ils sont:

autonome

ou

accompagné d'un proche qui peut venir compenser leurs déficits fonctionnels

Parfois,

Des services du CLSC peuvent aussi être ajoutés pour pallier certaines incapacités

ÉCHANGE

HÉBERGEMENT

Par autonomie on comprend:

- Mobilisation longue distance à l'Hôtellerie ou à l'extérieur.
- Réalisation des soins personnels
- Gestion de la médication
- Préparation d'un repas simple (à l'exception des diètes adaptées)
- Capacités cognitives de s'orienter, se présenter à l'heure à ses rendez-vous, gérer les effets secondaires, demander de l'aide, s'adapter à un nouveau milieu
- Ne pas présenter de troubles de comportements

Malgré les critères d'admissibilité nommés

HÉBERGEMENT

- L'Hôtellerie offre la possibilité de pallier pour des besoins légers ou temporaires
- Si malgré les mesures de soutien mise en place cela demeure insuffisant: démarche de relocalisation en RPA (résidence personne semi-autonome)
- La démarche peut être initiée dès la planification des traitements.
- Pas de relocalisation en Ressource intermédiaire (RI) ou en Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

Relocalisation en RPA

HÉBERGEMENT

- Évaluation du profil d'autonomie effectué par l'intervenant de la région de l'usager
- Sélection de la RPA : en fonction des besoins
- Besoins particuliers: limitent la possibilité d'accueil en RPA
- Planifier les modalités de transport pour se déplacer aux traitements
- Lorsque relocalisation et organisation transport au quotidien: arrimage et implication essentielle de plusieurs membres de l'équipe d'oncologie pour le succès du séjour.
- L'intervenant va aussi communiquer les informations aux proches de l'usager.

L'aspect financier de l'hébergement

HÉBERGEMENT

- Hébergement à l'hôtellerie:

  37 $/jour pour l'usager ou son accompagnateur, inclus le déjeuner.

- Pour les relocalisations en RPA, le coût est de 100 à 150$/jour.

- Usager en oncologie de la Gaspésie:

  -Hébergement à l'Hôtellerie ou RPA remboursée par Santé Québec Gaspésie

  -Le formulaire d'aide financière doit être complété

- Usager du Bas St-Laurent (BSL)

  -Que ce soit un hébergement en hôtellerie ou RPA: aucun soutien financier par Santé Québec car déplacement < 200 km.

  -Tarif privé RPA =onéreux

  -Accès RPA subventionnée à tarif plus abordable 15$ /jour si place disponible avec le MAH (mécanisme d'accès à l'hébergement) de Rimouski. Places limitées.

  -Soutien financier des Fondations si faible revenu, notamment la Fondation Annette Cimon Lebel et l'ACEQ.

En dernier recours

HÉBERGEMENT

- Lorsque toutes les options d'hébergement ont été considérées mais non accessibles:

  l'hospitalisation

pour permettre à l'usager d'avoir accès à ses soins

Constats

HÉBERGEMENT

- Besoins des usagers:

-plus complexes

-multi problématiques

-ne cadre pas dans les ressources

= un véritable DÉFI !!

Toute l'équipe s'implique dans la recherche active de solutions !

ÉCHANGE

Ressources en oncologie

HÉBERGEMENT

- Sont sollicitées:

ressources communautaires

ou

services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux

- Ressources :

-Aide alimentaire

-Aide aux activités quotidiennes et domestiques

-CLSC

-Divers services offerts par des Fondations en lien avec le cancer

-Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ)

-Fondation Annette Cimon Lebel pour les gens du Bas St-Laurent

-Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer (OGPAC) pour les gens de la Gaspésie.

ÉCHANGE

Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer

Présentation de l'OGPAC

ÉCHANGE

PARTENAIRES

OGPAC

Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer

PARTENAIRES

Notre mission

Contribuer au mieux-être des personnes atteintes de cancer et de leurs proches durant toutes les étapes de la maladie, et ce, par le biais de différents services et activités.



Soutien



Accompagnement



Partage



Entraide

PARTENAIRES

Nos services

- **Accompagnement et soutien individuel**
- **Causeries/ groupes d'entraide**
- **Ateliers et activités complémentaires (massothérapie, kinésiologie (K.O.V.), méditation pleine conscience, ateliers créatifs, etc...)**
- **Ateliers de sensibilisation, d'information et de prévention**
- **Prêt de bonnet, de prothèses et de matériel postopératoire**
- **Aide pour compléter les formulaires**
- **Soutien par les pairs-accompagnateur**
- **Centre de documentation**

Conclusion

SYNTHÈSE

Faire connaitre le service de soutien psychosocial en oncologie pour les personnes vivant en région.

Évaluation= Vision globale

La personne est au coeur des interventions

Merci à tous nos collègues et partenaires pour leur collaboration et leur implication active

L'HUMAIN avant tout!

ÉCHANGE