



**LA LUTTE CONTRE LE CANCER  
DANS LA RÉGION DE QUÉBEC**

## **LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE QUÉBEC**

### **LE PROFIL SOCIO SANITAIRE**

La population recensée en 2001 dans la région de Québec est de 638 910 personnes, ce qui correspond à une faible croissance – de moins de 1 % – depuis le recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). La proportion des personnes de 65 ans et plus atteint 14 % en 2001 ; elle est légèrement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, qui est de 13 %.

Cette région connaît une situation socio-économique plus enviable que l'ensemble du Québec (Pageau et autres, 2001). Le revenu par habitant est plus élevé, elle se situe au deuxième rang pour le pourcentage de diplômés universitaires, alors que la proportion de prestataires d'assistance-emploi et le taux de chômage sont plus faibles.

Selon une enquête de santé menée en 2000-2001, la population de cette région présente un portrait un peu plus favorable que l'ensemble du Québec en ce qui concerne les principaux facteurs de risque relatifs au cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool, sédentarité (Statistique Canada, 2003). De fait, 24 % des personnes de la région présentent trois facteurs de risque ou plus, par rapport à 25 % au Québec. Les fumeurs et les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire sont

proportionnellement moins nombreux dans la région que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, la proportion des résidents de la région qui disent être en bonne santé est plus élevée que la moyenne provinciale.

L'espérance de vie à la naissance pour les hommes (74,7 ans) est comparable à celle du Québec (74,6 ans) tandis que, pour les femmes, elle est plus élevée, avec 81,4 ans par rapport à 81,1 ans (Pageau et autres, 2001).

On a dénombré en moyenne annuellement 2 782 nouveaux cas de cancer entre 1994 et 1998. Avec un taux ajusté d'incidence de 413 pour 100 000 personnes, la région figure parmi les plus avantagées<sup>1</sup>. Elle l'est également en ce qui concerne le cancer de la prostate puisque le taux d'incidence est de 82 pour 100 000 hommes dans la région alors qu'il est de 99 pour 100 000 dans l'ensemble du Québec.

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 1 496 en 1997-1999. Le taux ajusté de mortalité chez les hommes est de 286 pour 100 000 et de 170 pour 100 000 chez les femmes, ce qui se compare à la moyenne provinciale de 280 pour 100 000 hommes et de 169 pour 100 000 femmes. En ce qui concerne les quatre sièges de cancer les plus fréquents – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, la situation se compare à l'ensemble du Québec. Toutefois, la région fait partie de celles où le taux de mortalité par cancer du sein est un peu plus élevé et le taux de mortalité par cancer de la prostate, l'un des plus faibles.

---

1. Les taux ajustés d'incidence et de mortalité sont détaillés à l'annexe 3.

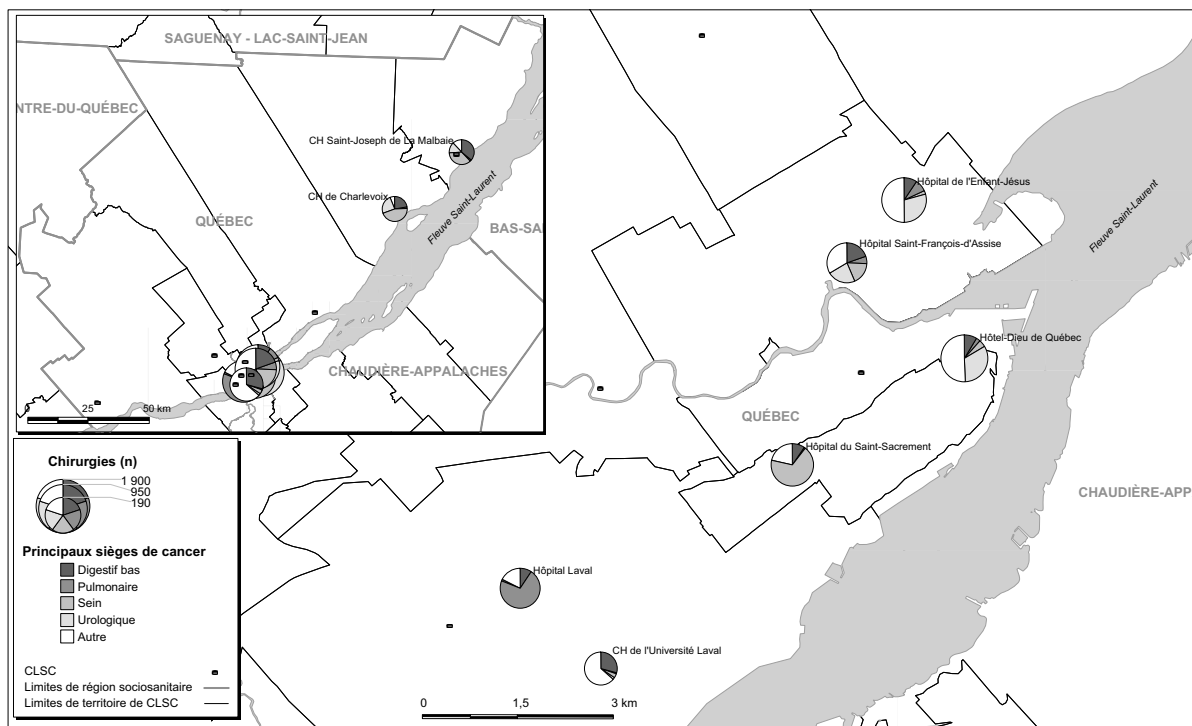
La région compte cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ou CHSGS (voir la figure 26). Trois d'entre eux, à vocation universitaire, comptent en tout six installations et sont situés en milieu urbain, tandis que deux autres sont situés en milieu rural, dans Charlevoix. Tous ces centres offrent des services en oncologie. Sept des huit centres locaux de services communautaires (CLSC) cumulent les missions de CLSC et de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'un de ces établissements possède en outre une mission universitaire. Enfin, deux CHSLD et des centres privés ainsi qu'une résidence spécialisée en soins palliatifs à vocation universitaire offrent des services aux personnes atteintes du cancer.

## LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION DU CANCER

### La lutte contre le tabac

Dans la région, on a mis en œuvre un plan d'action de lutte contre le tabagisme. En ce qui concerne la prévention en milieu scolaire, des activités éducatives ont eu lieu dans les 175 écoles primaires et dans 51 écoles secondaires en 2001-2002 (voir le tableau 39). Selon le cinquième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, au primaire, trois écoles ont offert le programme *La gang*

Figure 26. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés<sup>1</sup> selon les principaux sièges en 2001-2002, région de Québec



1. Excluant les centres hospitaliers de réadaptation, de soins psychiatriques, de convalescents et de soins de longue durée.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, août 2003.

allumée pour une vie sans fumée, cinq ont présenté le spectacle *In Vivo* et le projet pilote de prévention auprès des jeunes de sixième année, *Mission TNT.06*, a été proposé dans douze écoles. Au secondaire, le programme *Au diable la cigarette* a été offert partout, *La gang allumée pour une vie sans fumée* l'a été dans quinze écoles et le spectacle *In Vivo* a été présenté dans quatorze écoles.

Des services de cessation de la consommation de tabac, individuels ou de groupe, sont offerts dans tous les CLSC, en milieu de travail et dans un centre hospitalier (voir le tableau 40). Les activités de formation des intervenants témoignent d'une activité assez soutenue. Par le *Programme régional intégré de prévention des maladies chroniques*, les médecins en cabinet et les professionnels de la

santé travaillant dans les services courants des CLSC sont amenés à proposer à leurs patients un counseling bref sur les habitudes de vie, notamment le tabagisme. La promotion des services de cessation est bien organisée : des activités d'information sont destinées à la population et on a publié un répertoire des ressources régionales en matière d'aide à l'abandon du tabac.

En ce qui concerne les activités de connaissance et de surveillance, les données régionales de *l'Enquête sociale et de santé, 1998* menée par l'Institut de la statistique du Québec font l'objet d'analyses pour établir dans quelle mesure les conditions socioéconomiques qui prévalent dans la région peuvent constituer un facteur de risque pour certains comportements, notamment la consommation de tabac. Dans la région, on participe égale-

Tableau 39. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de Québec, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	175/175	100 %
Écoles secondaires	51/51	100 %

Source : MSSS (2003a), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5<sup>e</sup> bilan*, p. 181-182.

Tableau 40. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de Québec, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
<b>Méthode de groupe</b>			
Programme <i>J'arrête</i>	CLSC de la région	8/8	Fumeurs en général
Clinique d'aide aux fumeurs	Hôpital Laval	8/8	Fumeurs en général
Programme <i>Cesser de fumer</i>	Privé	8/8	Fumeurs en général
Programme pour les femmes	YMCA	8/8	Femmes, femmes enceintes
<b>Counseling individuel</b>			
Clinique d'aide aux fumeurs	Hôpital Laval	8/8	Fumeurs en général
Clinique d'intervention tabagique	UMF Enfant-Jésus	1/8	Fumeurs en général
Programme <i>Cesser de fumer</i>	Privé	8/8	Fumeurs en général
Programme pour les femmes	YWCA	8/8	Femmes, femmes enceintes fumeuses
Programme d'intervention du tabagisme	Privé	8/8	Fumeurs en général

Source : MSSS (200ab), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5<sup>e</sup> bilan*, p. 197-201.

ment à l'évaluation du projet pilote *Mission TNT.06*. Une formation sur l'intervention relative à la cessation de la consommation de tabac est offerte aux professionnels de la santé et aux professionnels en milieu scolaire.

### ***L'alimentation***

Dans la région de Québec, on mène des actions pour chacun des facteurs de risque liés aux habitudes de vie, dont l'alimentation et l'obésité. À titre d'exemple, le projet pilote *Belle et bien dans sa peau* permet de promouvoir une saine image corporelle auprès des jeunes de niveau secondaire. On met aussi en œuvre une politique alimentaire en milieu scolaire.

L'intervention auprès de la population adulte passe essentiellement par le *Programme intégré de prévention des maladies chroniques*. Un des volets de ce programme porte sur l'éducation à la santé ; il comprend cours de cuisine, visites à l'épicerie, sensibilisation des restaurants aux menus santé et diffusion de matériel d'éducation populaire sur l'alimentation. Un autre volet concerne la promotion de l'activité physique ; il y est notamment question d'amener les professionnels de la santé à faire un counseling concernant la pratique d'activité physique auprès des adultes et de modifier les environnements pour en stimuler la pratique.

Dans l'état de situation, on mentionne qu'il est nécessaire de mieux connaître les facteurs alimentaires directement liés à divers types de cancer pour pouvoir organiser des activités de prévention plus efficaces.

### ***L'environnement***

En ce qui concerne les facteurs de risque liés à l'environnement, la Direction de santé publique joue des rôles de sensibilisation de la population, de surveillance et d'intervention en cas de risques pour la santé.

Ainsi, un programme d'intervention sur l'amiante a touché les milieux de travail. Une étude a été menée dans les écoles pour évaluer la présence de fibres d'amiante dans l'air ; elle a permis de connaître les sources de ces fibres et de déterminer les correctifs à apporter. D'autres activités ont porté sur l'exposition aux rayons ultraviolets, dont la publication d'un guide d'information pour les nouveaux parents, la production d'une étude sur le rayonnement ultraviolet, les écrans solaires et l'absorption de la vitamine D chez les enfants de trois à six ans ainsi que la diffusion par Internet d'un dépliant sur le bronzage.

Les professionnels du réseau de la santé collaborent aussi avec certains organismes communautaires, notamment pour sensibiliser les jeunes fréquentant les terrains de jeux aux dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, par le programme *Escouade au soleil*.

### ***LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN***

La région de Québec est l'une des premières où le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été mis en œuvre, le 13 mai 1998. Pour une population cible d'environ 79 000 femmes

de 50 à 69 ans<sup>2</sup>, la région compte six centres de dépistage désignés (CDD), dont deux sont des centres hospitaliers – l'un situé sur deux sites – et quatre sont des cliniques privées de radiologie (voir le tableau 41). Elle ne compte toutefois qu'un seul centre de référence pour investigation désigné (CRID).

Au 31 mars 2002, cinq CDD sur sept respectaient le délai de moins de 30 jours recommandé par le PQDCS pour le dépistage, mais le CRID dépassait de quelques jours la norme fixée, qui est moins de 12 jours entre le dépistage et le début de l'investigation.

Le taux de participation au PQDCS est de 51 % pour la région en 2000-2001, alors que la moyenne provinciale s'établit à 43 %. Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 1999 et 2000, le taux de mammographie global – qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic –, est de 67 %, la moyenne provinciale étant de 63 %. On entend accentuer les efforts pour

augmenter le taux de participation, notamment auprès des femmes défavorisées et des femmes plus âgées. De 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois s'élève à 81 % après la mammographie initiale, tandis que les taux de référence pour investigation sont de 11 % après le premier examen et de 6 % après les suivants.

Dans l'ensemble, le programme est rodé et fonctionne bien. Sur le plan de l'assurance de la qualité, un comité régional est en place depuis 2003. Par ailleurs, on a transmis aux radiologistes les résultats de leur pratique.

## ***L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN***

L'activité relative à l'investigation et au traitement est substantielle dans la région. Les hôpitaux ont enregistré 13 % de l'ensemble des hospitalisations qui ont eu lieu au Québec en 2001-2002, ce qui correspond à un total de 6 115.

Tableau 41. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID)

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Charlesbourg	Clinique radiologique de la Capitale <sup>1</sup>	✓	
Québec	Clinique radiologique Audet inc. <sup>1</sup>	✓	
Québec	Clinique de radiologie Saint-Pascal <sup>1</sup>	✓	
Sainte-Foy	Clinique radiologique Saint-Louis <sup>1</sup>	✓	
Saint-Raymond	Centre de santé de Portneuf	✓	
	Centre de dépistage de Charlevoix	✓	
La Malbaie	– CH Saint-Joseph de La Malbaie	✓	
Baie Saint-Paul	– CH de Charlevoix	✓	
Québec	Hôpital du Saint-Sacrement		✓

1. Clinique de radiologie privée.

Source : Direction générale de la santé publique, MSSS, 2003.

2. Au 31 mars 2001.

## L'investigation

En général, il semble difficile d'accéder rapidement au plateau technique spécialisé en raison de l'absence de corridors préétablis dans la phase diagnostique. Certaines équipes, comme l'équipe *cancer du sein* à l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'équipe *cancer du poumon* à l'Hôpital Laval, ont établi des ententes avec les différents services afin de diminuer le temps d'attente. Pour le cancer de la prostate, grâce à la collaboration de la région régionale et du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), le temps d'attente pour une échographie a été réduit de six mois à six semaines en 2001-2002.

## L'hospitalisation et la chirurgie

Le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations de résidents

effectuées dans la région, est très élevé : il est de 99 % en 2001-2002, tout comme en 1994-1995 (voir le tableau 42). Le taux d'attraction de 30 % indique que près du tiers des hospitalisations sont effectuées pour des personnes venant de l'extérieur de la région, ce qui va de pair avec la vocation universitaire de plusieurs centres.

Le taux d'attraction varie beaucoup selon les hôpitaux, certains n'admettant que des patients qui vivent à proximité, d'autres acceptant les patients qui leur sont adressés par des médecins d'autres régions (voir le tableau 43). Ainsi, de 40 % à 46 % des hospitalisations pour cancer à l'Hôtel-Dieu de Québec, au Centre hospitalier de l'Université Laval et à l'Hôpital Laval sont attribuables à des patients venant de l'extérieur de la région. Les 5 000 chirurgies pratiquées chaque année se répartissent dans les huit installations, l'Hôtel-Dieu de Québec ayant les plus gros volumes, suivi de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Tableau 42. Hospitalisations pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de Québec

	Hospitalisations des résidents de la région (n)	Taux de rétention pour les hospitalisations (%)	Hospitalisations dans les CHSGS de la région (n)	Taux d'attraction pour les hospitalisations (%)
<b>1994-1995</b>				
Ensemble des sièges	4 424	99	ND	ND
<b>2001-2002</b>				
Cancer digestif bas	562	99	687	19
Cancer pulmonaire	778	100	1 181	35
Cancer du sein	617	99	778	21
Cancer urologique	686	99	864	21
Ensemble des sièges	4 339	99	6 115	30

1. Les hospitalisations incluent les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.

ND Non disponible

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Tableau 43. Chirurgies<sup>1</sup> et hospitalisations<sup>2</sup> dans les CHSGS de la région de Québec et taux d'attraction pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers		Hospitalisations pour l'ensemble des cancers	
	Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)	Hospitalisations (n)	Taux d'attraction (%)
CH Saint-Joseph de La Malbaie	50	4	84	2
Hôpital de l'Enfant-Jésus	924	19	1 257	19
CH de Charlevoix	49	2	71	1
Hôpital Laval	580	50	1 007	46
Hôpital du Saint-Sacrement	819	24	910	19
Hôtel-Dieu de Québec	1 817	43	1 911	40
CH de l'Université Laval	178	40	314	40
Hôpital Saint-François-d'Assise	537	9	561	10
<b>Total</b>	<b>4 954</b>	<b>32</b>	<b>6 115</b>	<b>30</b>

1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour.

2. Les hospitalisations incluent les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Le tableau 44 indique la répartition des chirurgies selon le siège tumoral. Pour le cancer du sein, l'équipe de l'Hôpital du Saint-Sacrement a pratiqué 555 chirurgies en 2001-2002, soit le volume le plus élevé de tous les hôpitaux du Québec. De leur côté, les chirurgiens de l'Hôpital Saint-François-d'Assise et de l'Hôtel-Dieu de Québec en ont effectué 96 et 89 respectivement. Plus du quart des femmes opérées à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôtel-Dieu de Québec viennent de l'extérieur, mais cette proportion n'est que de 7 % à l'Hôpital Saint-François-d'Assise. En 2001-2002, cinq hôpitaux de la région ont effectué moins de 30 chirurgies pour ce type de cancer.

Pour le cancer pulmonaire, on constate que l'activité chirurgicale est concentrée à l'Hôpital Laval et que les patients viennent de l'extérieur de la région de Québec, notamment de la Chaudière-Appalaches, dans une proportion de 58 %. À l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à l'Hôtel-Dieu de

Québec et à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, on opère surtout des personnes vivant à proximité. Pour le cancer digestif bas, les chirurgies ont lieu dans l'ensemble des centres hospitaliers ; cependant, les volumes d'activité restent faibles au Centre hospitalier de Charlevoix et au Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie, compte tenu du bassin de population. Pour le cancer urologique, l'activité est concentrée à l'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et à l'Hôpital Saint-François-d'Assise. Seul l'Hôtel-Dieu de Québec présente un taux d'attraction élevé pour ce siège.

Il existe aussi des équipes spécialisées pour le traitement de cancers moins fréquents. Ainsi, les cancers de la tête et du cou sont traités à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (142 et 91 chirurgies respectivement en 2001-2002). Pour les cancers gynécologiques et le mélanome, ce sont des équipes de l'Hôtel-Dieu de Québec qui se chargent de la plupart des chirurgies. Enfin,



Tableau 44. Chirurgies<sup>1</sup> effectuées dans les CHSGS de la région de Québec et taux d'attraction pour les chirurgies selon les principaux sièges, 2001-2002

Établissement	Cancer digestif bas		Cancer pulmonaire		Cancer du sein		Cancer urologique	
	Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)	Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)	Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)	Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)
CH Saint-Joseph de La Malbaie	18	6	1	0	18	6	7	0
Hôpital de l'Enfant-Jésus	88	2	80	0	24	13	268	9
CH de Charlevoix	11	0	1	0	22	0	12	8
Hôpital Laval	55	24	415	58	7	14	1	0
Hôpital du Saint-Sacrement	79	5	8	0	555	27	1	0
Hôtel-Dieu de Québec	159	33	53	15	89	25	595	37
CH de l'Université Laval	52	40	2	50	7	29	4	0
Hôpital Saint-François-d'Assise	106	16	32	3	96	7	122	4
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>20</b>	<b>592</b>	<b>42</b>	<b>818</b>	<b>23</b>	<b>1 010</b>	<b>25</b>

1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour.

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

l'équipe pédiatrique du Centre hospitalier de l'Université Laval est en mesure d'offrir l'ensemble des traitements aux patients de moins de 18 ans, à l'exception de la greffe de moelle osseuse, de la chirurgie neurologique et de la chirurgie orthopédique. Pour ces trois types d'intervention, les enfants et les adolescents sont adressés, selon les ententes de service, aux spécialistes de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ou à ceux de l'Hôtel-Dieu de Québec (voir le chapitre 3).

### **La chimiothérapie**

Les traitements de chimiothérapie sont offerts dans tous les centres hospitaliers. Dans Charlevoix, les deux centres hospitaliers donnent les traitements à partir des protocoles établis ou sur recommandation des médecins pratiquant dans les centres universitaires.

### **La greffe de cellules souches**

Deux équipes, l'une à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et l'autre à l'Hôtel-Dieu de Québec, procèdent aux greffes de cellules souches hématopoïétiques.

### **La radiothérapie**

Le département de radio-oncologie du Centre hospitalier universitaire de Québec situé à l'Hôtel-Dieu de Québec répond aux besoins des personnes venant surtout des régions de Québec et de la Chaudière-Appalaches.

Des 1 788 patients<sup>3</sup> de la région, 96 % ont reçu leur traitement de radiothérapie dans ce centre en 2001 ; 3 % seulement des personnes ont été dirigées vers le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et

3. Selon les données de la RAMQ, il s'agit du nombre de patients pour lesquels un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, durant l'année 2001.

1 %, vers les autres centres de radio-oncologie du Québec. L'Hôtel-Dieu de Québec traite aussi des personnes venant de l'extérieur ; ainsi, il a accueilli 92 % des patients de la Chaudière-Appalaches, 49 % de ceux de la Côte-Nord, 30 % de ceux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et 28 % de ceux du Bas-Saint-Laurent.

D'après la figure 27, l'indicateur relatif à l'accès aux services en radio-oncologie<sup>4</sup> s'améliore : il est passé de 44 % en 1991 à 55 % en 2001 et il est supérieur au taux provincial les deux dernières années de cette période.

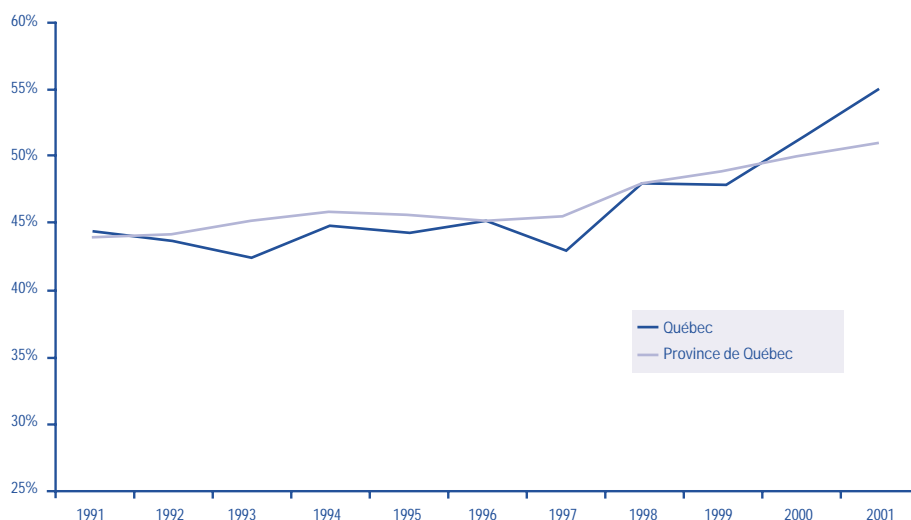
En 2002, le département de radio-oncologie de l'Hôtel-Dieu de Québec comptait sur les services de 9 médecins radio-oncologues, de 9 physiciens

et de 60 technologues en radio-oncologie. Pour répondre à la demande croissante de services, le *Plan d'action 2000-2008* en radio-oncologie prévoit l'ajout de deux accélérateurs linéaires.

### Les services de soutien

En ce qui a trait au soutien physique, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et de nutrition sont donnés sur demande et de façon ponctuelle aux personnes hospitalisées. Un stomothérapeute offre ses services dans les trois installations du CHUQ (Hôtel-Dieu de Québec, Hôpital Saint-François-d'Assise et Centre hospitalier de l'Université Laval), auquel spécialiste s'ajoutent deux dentistes et deux orthophonistes à l'Hôtel-Dieu de Québec. Pour le soutien psychologique et

Figure 27. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de Québec



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

4. Le calcul de l'indicateur est expliqué à la note 6 de la section 2.3 du présent document. Selon des études internationales, environ 50 % des patients ont besoin de traitements de radiothérapie au cours de leur maladie.

social, cet hôpital a mis en place une équipe d'oncologie psychosociale, comprenant un psychiatre spécialisé. De leur côté, l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval ont ajouté un travailleur social à leurs équipes en cancer du sein et en cancer du poumon.

Dans les autres établissements, l'intervention psychosociale est disponible sur demande et de façon ponctuelle.

Les personnes atteintes du cancer qui ne sont pas hospitalisées ont accès aux soins courants et aux services de maintien à domicile du CLSC. De plus, quatre organismes sans but lucratif (OSBL) offrent des services de soutien spéciaux aux enfants ou encore aux personnes ayant subi une laryngectomie, une stomie ou une greffe de moelle osseuse. Dix autres OSBL offrent accompagnement et soutien psychologique, transport ou aide pour l'achat de prothèses et de fournitures aux personnes touchées par le cancer. Les services de soutien constituent toutefois le parent pauvre des services en oncologie.

## Les effectifs médicaux

Le nombre de médecins pour 100 000 habitants, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, se situe nettement au-dessus de la moyenne

provinciale (voir le tableau 45). Comme une partie des services offerts par les médecins s'adresse à des personnes venant de l'extérieur de la région, il faut donc tenir compte de cette vocation suprarégionale dans l'interprétation des données.

Tableau 45. Nombre de médecins<sup>1</sup> pour 100 000 personnes, région de Québec et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour la région de Québec	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	116	94
Spécialistes	140	94
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>188</b>

1. Effectifs médicaux qui, au premier trimestre 2002, ont eu une rémunération minimale de 5 500 \$.

Source : Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, septembre 2002.

Le tableau 46 illustre les effectifs dans certaines spécialités au 1<sup>er</sup> février 2003 : quelques postes sont

Tableau 46. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1<sup>er</sup> février 2003, région de Québec

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	61	0
Pathologie	29	1
Chirurgie générale	49	1
Médecine interne	33	0
Hémo-oncologie	25	2
Radiothérapie <sup>1</sup>	9	ND

1. Pour la radiothérapie, les données sur les effectifs médicaux proviennent du portrait des départements de radio-oncologie, fait en mai 2002 par la Direction générale des affaires médicales et universitaires du MSSS.

ND Non disponible

Source : Plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés, Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, février 2003.

à combler dans trois disciplines liées à l'oncologie, soit en chirurgie générale, en pathologie et en hémo-oncologie. Dans l'état de situation, on souligne les difficultés liées aux plans d'effectifs médicaux spécialisés, lesquels plans ne prévoient pas de postes pour les spécialistes ayant acquis une expertise particulière, par exemple en orthopédie

pédiatrique oncologique. Parallèlement, il faut tenir compte de la nécessité, pour un centre hospitalier qui souhaite être reconnu comme milieu de forma-

tion médicale post-graduée, de respecter certains critères, par exemple d'avoir à son emploi un nombre suffisant de spécialistes dans le domaine concerné.

Le tableau 47 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux à la consommation attendue, qui tient compte des caractéristiques

de la population et de la moyenne provinciale (voir la méthode à la page 86). On note qu'à l'exception de la chirurgie générale et de l'oncologie, la consommation réelle correspond à la prévision ou la dépasse. Si l'on ajoute l'hématologie à l'oncologie, la consommation réelle des services dépasse aussi la prévision. Ainsi, même s'il existe une grande activité suprarégionale dans la région, les services

médicaux, notamment les services spécialisés, demeurent accessibles pour les résidents, par rapport à ce que l'on constate dans l'ensemble du Québec.

### ***L'intégration des services***

Certaines équipes interdisciplinaires se sont constituées selon différents sièges de cancer et leurs activités sont concentrées dans quelques centres.

Toutefois, sauf en ce qui concerne certains cancers – cancer de la tête et du cou, cancer oculaire, cancer neurologique, mélanome, cancer du système musculosquelettique et cancer gynécologique – et les cancers pédiatriques, qui sont traités dans des centres particuliers, l'activité hospitalière se déroule dans les divers établissements.

Tableau 47. Comparaison de la consommation attendue<sup>1</sup> et de la consommation réelle des services médicaux selon les spécialités liées à l'oncologie, région de Québec, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	44,5	44,6
Pathologie	15,9	18,8
Chirurgie générale	40,5	36,1
Médecine interne	33,3	34,5
Hématologie	5,8	7,7
Oncologie médicale	10,3	9,1
Radiothérapie	5,1	5,5
<b>Total des spécialités</b>	<b>627,7</b>	<b>731,3</b>
Médecine générale	612,9	635,1

1. La consommation attendue est calculée en utilisant comme référence le profil provincial de consommation, pondéré pour l'âge, le sexe et l'état de santé.

ETC Équivalent temps complet

Source : MSSS (2002a), *Données statistiques sur les effectifs médicaux et l'accessibilité aux soins de santé en région, période du 1<sup>er</sup> octobre 2001 au 31 mars 2002.*

D'intéressantes initiatives sont à signaler. Par exemple, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, sur le territoire de Charlevoix, à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôpital Laval, un ou des intervenants pivots améliorent la coordination des soins. À l'Hôpital du Saint-Sacrement, des mécanismes facilitant l'accès aux tests diagnostiques et aux ressources spécialisées permettent de réduire le temps d'attente avant l'investigation pour les

femmes chez qui on soupçonne un cancer du sein ; il en est de même à l'Hôpital Laval à l'égard du cancer du poumon.

Malgré tout, la prise en charge par plusieurs spécialistes en même temps, trop souvent sans communication avec le médecin de famille et sans ententes formelles entre les centres hospitaliers et les CLSC, ne facilite pas le suivi de la personne atteinte du cancer.

## **LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE**

Les services de soins palliatifs sont relativement nombreux et bien organisés dans la région de Québec. Toutefois, bien que des équipes soient constituées dans la grande majorité des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, les ressources mises à leur disposition sont minimales et souvent insuffisantes. La plupart des CLSC sont en train de mettre en place des programmes structurés en soins palliatifs, en partenariat avec les cabinets médicaux situés sur leur territoire. Quelques ententes de service existent, notamment entre la Maison Michel-Sarrazin, certains CLSC et l'Hôpital Jeffery-Hale.

La région compte une quarantaine de lits réservés aux patients qui ont besoin de soins palliatifs, dont quinze à la Maison Michel-Sarrazin, résidence spécialisée en soins palliatifs à vocation suprarégionale, et six au Centre hospitalier de l'Université Laval, où l'on accueille les enfants et les adultes. Les autres lits se trouvent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, dont certains sont réservés aux résidents habituels du centre.

Depuis 1996-1997, la Maison Michel-Sarrazin accueille en moyenne 310 personnes par an dans ses 15 lits ; quant au centre de jour, avec ses 10 places, il a reçu près de 125 personnes en 2001-2002, première année complète de fonctionnement. Il existe également 8 organismes sans but lucratif dans la région.

Toutefois, il faudrait des ressources supplémentaires pour répondre aux besoins des personnes dont le pronostic de vie se situe entre deux et six mois. De plus, il demeure difficile pour les patients de pouvoir mourir chez eux, les ressources pour les soutenir faisant souvent défaut.

Sur le plan de la formation, l'Université Laval a établi un comité interdépartemental en soins palliatifs dont le mandat est d'intégrer au programme d'études de médecine une formation de base en soins palliatifs, de concevoir des activités et de soutenir tant la formation continue que la recherche.

Pour la région, la préparation de la relève constitue un enjeu primordial. On prévoit se doter d'un plan de développement pour élargir l'éventail des services. Au niveau régional, un groupe de travail consacre ses travaux exclusivement aux soins palliatifs. Ce groupe devrait se transformer en comité régional permanent et couvrir l'ensemble des maladies, incluant le cancer.

## **LE MAINTIEN ET L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ**

La présente section fait état des principales activités visant à garantir ou à améliorer la qualité des soins et des services relatifs à la lutte contre le cancer. Les activités sont regroupées ici sous cinq rubriques : la surveillance, la formation, la recherche, la gestion de la qualité et l'évaluation.

## ***La surveillance***

Pour 2004, et dans le contexte de la nouvelle Loi sur la santé publique, la Direction de santé publique envisage d'établir un système continu de surveillance des hospitalisations, des décès et de l'incidence des tumeurs malignes. Le prochain rapport sur la lutte contre le cancer contiendra des données sociosanitaires complémentaires.

## ***La formation***

Dans la région de Québec, les centres hospitaliers à vocation universitaire assurent l'enseignement et constituent des milieux de stage, notamment en médecine et en soins infirmiers. Ils font preuve d'un certain dynamisme à l'égard des activités de formation continue en oncologie. En ce qui concerne la promotion de la cessation de la consommation de tabac, la Clinique d'aide aux fumeurs de l'Hôpital Laval, à la fois centre de formation et de recherche, assume un rôle de meneur dans toute la région. Dans le domaine des soins palliatifs, la Maison Michel-Sarrazin est à l'avant-garde : en même temps qu'elle s'occupe de formation et de recherche, elle contribue à améliorer le programme des étudiants en médecine. Par ailleurs, selon l'une des orientations relatives au cancer figurant dans le *Plan de consolidation des services 2001-2002* de la région, on prévoit renforcer la formation en soins palliatifs.

## ***La recherche***

En matière de recherche, le nombre d'activités recensées est élevé, en raison de la présence de

plusieurs établissements ayant une mission universitaire, dont la Maison Michel-Sarrazin. Tous les centres hospitaliers universitaires sont actifs en ce qui concerne la recherche en oncologie. Plus de 150 projets sont en cours, essentiellement en recherche clinique et fondamentale, mais aussi en recherche évaluative. Ces recherches couvrent la quasi-totalité des sièges de cancer.

## ***La gestion de la qualité***

De nombreuses activités relatives à la gestion de la qualité ont cours dans la région. On y recense un comité d'amélioration continue de la qualité au CHUQ et des comités des thérapies du cancer, pour certains sièges, à l'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôpital Laval ; ce dernier mène en outre des audits. Parmi les lacunes mentionnées dans l'état de situation, citons l'absence d'un responsable de la mise à jour des protocoles de soins pour la région et le fait que les médecins traitant un même siège de cancer ne disposent pas de mécanisme de concertation pour harmoniser leurs approches thérapeutiques.

## ***L'évaluation***

La région régionale est très active en matière d'évaluation des activités du PQDCS. Ainsi, l'une des études qu'elle a effectuées porte sur la perception des femmes ayant passé une mammographie de dépistage et une autre, sur la perception des médecins à l'égard du PQDCS.

Dans le domaine de la lutte contre le cancer, la régie a établi un programme régional et elle s'assure de sa mise en œuvre en suscitant la participation active de tous ses partenaires. Dans ces tâches, elle est assistée par le comité régional de lutte contre le cancer, qui exerce un rôle de chef de file en oncologie dans toute la région depuis décembre 2000. Ce comité regroupe des intervenants des milieux hospitaliers, des cabinets privés ou des unités de médecine familiale, des CLSC et de la régie régionale ainsi que des représentants des organismes communautaires, des personnes atteintes du cancer et des proches de ces personnes. Cinq groupes de travail, dont les mandats portent sur la promotion, la prévention et le dépistage, sur les première, deuxième et troisième lignes, sur les soins palliatifs, sur les organismes communautaires ou sur le portrait sociosanitaire, ont été mis en place pour appuyer les travaux du comité régional.