



LA LUTTE CONTRE LE CANCER  
DANS LA RÉGION DE L'ESTRIE

## **LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE L'ESTRIE**

### **LE PROFIL SOCIO SANITAIRE**

Selon le recensement de 2001, la population de la région de l'Estrie compte 285 615 personnes ; c'est 3 % de plus qu'au moment du recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Le groupe des personnes de 65 ans et plus, qui s'est accru de 10 % en 5 ans, représente 14 % de la population. En comparaison avec l'ensemble du Québec, la situation socioéconomique est un peu plus favorable pour le taux de chômage et le pourcentage de prestataires d'assistance-emploi, mais moins enviable pour le pourcentage de diplômés universitaires et le revenu moyen (Pageau et autres, 2001).

Une enquête menée en 2000-2001 révèle que la population adopte des comportements défavorables pour les principaux facteurs de risque du cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool et sédentarité – dans des proportions semblables à celles de l'ensemble du Québec (Statistique Canada, 2003). Ainsi, le quart des résidents présente trois facteurs de risque ou plus, soit une situation identique à l'ensemble de la province. La région compte 30 % de fumeurs, ce qui la situe dans la moyenne provinciale, mais la proportion de 27 % de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire est la plus faible du Québec, dont la moyenne s'établit à 34 %. De plus, 11 % des gens se

considèrent comme étant en mauvaise santé, un pourcentage comparable à la moyenne provinciale.

En 1994-1998, l'espérance de vie à la naissance de la région est de 74,9 ans pour les hommes et de 81,6 ans pour les femmes, ce qui est plus que la moyenne provinciale et l'écart est significatif chez les femmes (Pageau et autres, 2001).

La moyenne annuelle de nouveaux cas de cancer était de 1 240 pendant la période allant de 1994 à 1998, pour un taux ajusté d'incidence de 414 pour 100 000 personnes, l'un des plus bas au Québec<sup>1</sup>. La région enregistre des plus faibles taux d'incidence du cancer du sein (100 contre 111 pour 100 000 femmes) et du cancer du poumon, surtout chez la femme. L'inverse s'observe pour le cancer de la prostate (112 contre 99 pour 100 000 hommes).

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 644 entre 1997 et 1999. Les taux ajustés de mortalité, de 274 pour 100 000 hommes et de 153 pour 100 000 femmes, figurent parmi les plus faibles du Québec et la différence est statistiquement significative chez les femmes. Pour les quatre principaux sièges de cancer – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, l'Estrie présente l'un des taux de mortalité les plus élevés pour le cancer de la prostate mais des taux plus faibles pour le cancer du sein et le cancer du poumon chez les femmes.

Le réseau de la santé compte quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont un centre hospitalier à vocation universitaire

---

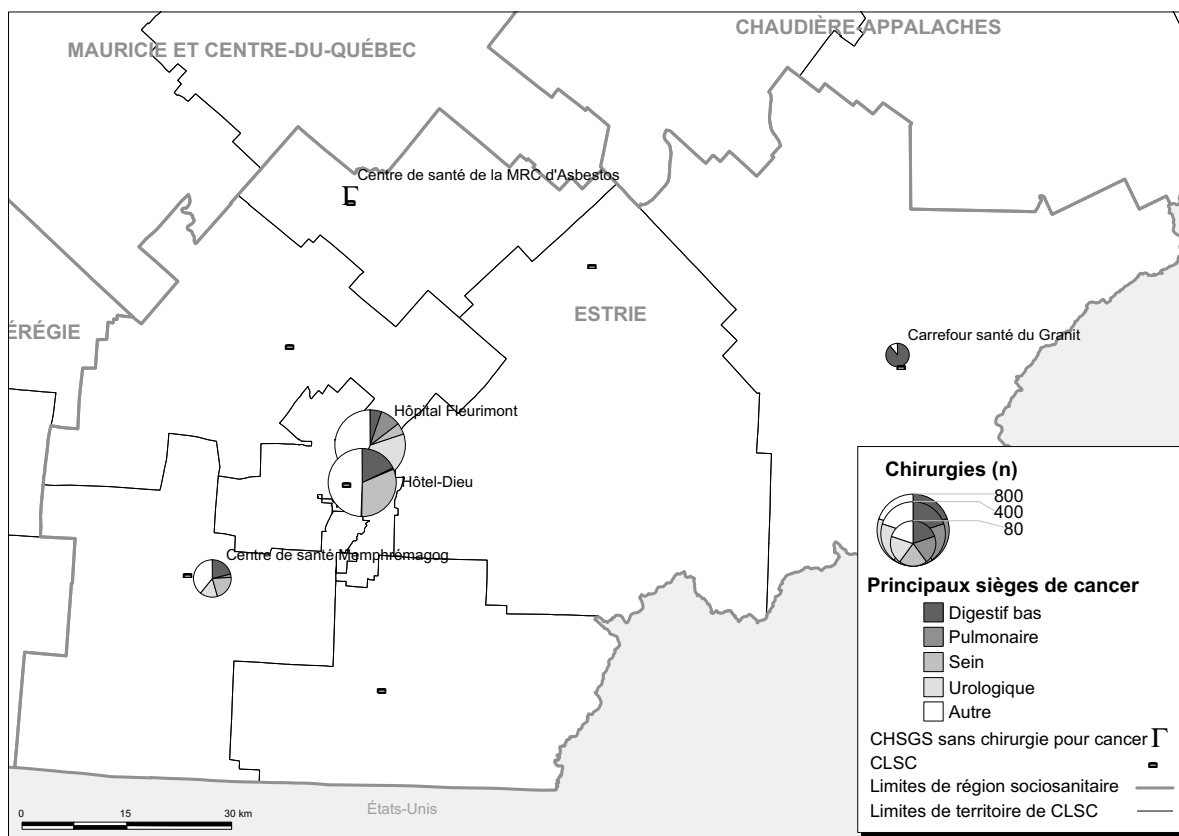
1. Les taux ajustés d'incidence et de mortalité sont détaillés à l'annexe 3.

qui compte deux installations, un institut universitaire de gériatrie, un centre local de services communautaires (CLSC) universitaire, sept établissements ayant une mission de CLSC et dix-sept établissements ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou CHSLD (voir la figure 30). À l'intérieur d'une région géographique peu étendue, ces pôles de services sont bien répartis, ce qui en facilite l'accès. Dans la région, on trouve aussi une résidence spécialisée en soins palliatifs.

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

L'intervention que mène la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie se concentre sur le tabac, l'activité physique et les pratiques cliniques préventives des omnipraticiens. Les jeunes en milieu scolaire constituent la principale population visée par les activités régionales et locales. Depuis la fin de l'automne 2002, cette direction travaille selon une approche globale,

Figure 30. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés selon les principaux sièges en 2001-2002, région de l'Estrie



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.

basée à la fois sur la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. Elle veut structurer, au sein des établissements locaux, un ensemble de services relatifs à la prévention des maladies chroniques qui s'intègre à l'organisation des services courants offerts aux adultes. Trois thèmes sont prioritaires : la cessation de la consommation de tabac, l'alimentation et l'activité physique.

### La lutte contre le tabac

Au regard de la lutte contre le tabac, les activités visent en particulier les jeunes et, en priorité, ceux du secondaire. Dans l'état de situation, on souligne l'engagement des intervenants de CLSC à cet égard.

Pour offrir le programme *Méchant problème* dans 14 écoles primaires sur 114 et la moitié des écoles secondaires, 16 personnes ont été formées. Globalement, au secondaire, au moins un programme a été offert dans 25 écoles sur 27 en

2001-2002 (voir le tableau 57). L'activité de prévention *In Vivo* a été présentée dans trois écoles et le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* s'est déroulé dans une dizaine d'écoles ainsi qu'une maison de jeunes.

En matière de soutien à l'abandon du tabagisme, le programme *Ça vient de s'éteindre*, destiné aux ado-

lescents, est offert dans tous les territoires de CLSC (voir le tableau 58). Un concours s'est déroulé dans 24 écoles secondaires et, au total, 966 jeunes, soit 26 % des fumeurs de 12 à 17 ans de l'Estrie, s'y sont inscrits. On a aussi formé

du personnel pour présenter le programme *Ça vient de s'éteindre* dans l'ensemble des écoles secondaires.

Parmi les autres activités, mentionnons que, dans le cadre du programme en santé cardiovasculaire, les omnipraticiens ont reçu la trousse *Cœur en santé*. L'organisme communautaire Élixir a quant à lui implanté son programme *Divorcer de sa ciga-*

Tableau 57. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de l'Estrie, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	14/114	6 %
Écoles secondaires	25/27	50 %

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 58. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de l'Estrie, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
<b>Méthode de groupe</b>			
Programme <i>Divorcer de sa cigarette</i>	Élixir	5/7	Femmes en milieu défavorisé
Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC	7/7	Adolescents
<b>Counseling individuel</b>			
Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	7/7	Adolescents fumeurs

Source : MSSS (2003a), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5<sup>e</sup> bilan*, p. 197-201.

rette, à l'intention des femmes, dans cinq territoires de CLSC sur sept.

### L'alimentation

En ce qui concerne l'alimentation, aucune stratégie n'est établie ni aucune activité planifiée, que ce soit à l'intention de la population ou d'individus. Les services diététiques offerts en Estrie sont également insuffisants. Toutefois, à partir d'une approche englobant la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques, une intervention à l'égard du poids santé est à l'étude.

### L'activité physique

Au regard de l'activité physique, on a ciblé les jeunes et le milieu scolaire. D'autres activités s'ajoutent à celles qui ont été planifiées par Kino-Québec dans le cadre du programme *Vie active*.

Par exemple, tous les établissements scolaires ont reçu un document intitulé *Proposition du directeur de santé publique pour contrer le désengagement des jeunes face à la pratique d'activité physique*. De plus, le projet *Organisation et animation de la cour d'école* a été présen-

té à 15 écoles, tandis que certaines écoles secondaires obtenaient la bourse *Écoles actives* pour

soutenir l'organisation d'activités physiques. Enfin, depuis l'hiver 2001, la campagne de promotion du patinage en famille, intitulée *Plaisir sur glace*, se déroule dans plus de 29 municipalités ; en 2002, 5 000 personnes y ont participé.

### L'environnement

La Direction de santé publique travaille, par l'entremise de son Service de protection, à réduire les risques de l'exposition à plusieurs agents cancérogènes ainsi que les conséquences qui en découlent. Elle participe par exemple à la campagne provinciale de contrôle de l'exposition à l'amiante.

## LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

L'Estrie est l'une des premières régions où le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été mis en œuvre en mai 1998.

Pour une population cible d'environ 33 000 femmes de 50 à 69 ans<sup>2</sup>, elle compte trois centres de dépistage désignés (CDD) – dont deux sont des cliniques privées de radiologie – et un centre de référence pour investigation désigné, ou CRID (voir le tableau 59).

Tableau 59. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de l'Estrie

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Rock Forest	Centre radiologique de l'Estrie inc. <sup>1</sup>	✓	
Sherbrooke	Centre radiologique Sherbrooke inc. <sup>1</sup>	✓	
Sherbrooke	Hôtel-Dieu (CHUS)	✓	✓

1. Clinique de radiologie privée.

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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

Tous les CDD respectent le délai recommandé pour le dépistage, qui est de moins de 30 jours, mais le

2. Au 25 novembre 2001.

temps d'attente dépasse 12 jours pour le début de l'investigation au CRID (au 31 mars 2002).

Le taux de participation au PQDCS est de 55 % pour la région en 2000-2001, alors que la moyenne provinciale se situe à 43 %. Le taux de mammographie global – qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic –, s'obtient à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; il était de 71 % en 1999 et 2000, tandis que la moyenne provinciale était de 63 %. Pour la période allant de 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois après le premier examen est de 78 % ; quant aux taux de référence pour investigation, ils sont de 6 % après la mammographie initiale et de 7 % après les suivantes.

Le PQDCS, auquel collaborent de multiples partenaires, est considéré comme étant bien en place. Sur le plan de l'assurance de la qualité, un comité régional est formé depuis novembre 2000, avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Ce comité sert de pierre angulaire, d'abord pour concevoir et mettre à jour le programme d'assurance de la qualité, mais aussi pour améliorer l'organisation des services de dépistage, harmoniser les pratiques et systématiser le cheminement clinique – tant pour le dépistage que pour l'investigation –, ainsi que la transmission de l'information. De surcroît, il devrait s'assurer de l'arrimage du PQDCS au *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

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

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke assure la quasi totalité des activités spécialisées et surspécialisées. De même, on trouve ailleurs dans la région les services, les ressources et l'expertise nécessaires à l'investigation, au diagnostic et au traitement des divers sièges tumoraux, à quelques exceptions près. Ainsi, sauf en ce qui a trait au cancer oculaire, au cancer du système musculo-squelettique ainsi qu'à la greffe allogénique, tous les traitements sont accessibles. Il en est de même pour les traitements palliatifs.

### ***L'investigation***

Les services de base en investigation, comme les laboratoires et l'imagerie médicale, sont offerts dans chaque municipalité régionale de comté (MRC). Les services spécialisés et surspécialisés sont concentrés au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke où se trouve, outre un tomographe à émission de positrons, un laboratoire spécialisé pour évaluer les tumeurs hématologiques. Toutefois, plusieurs médecins de première ligne soulignent les difficultés concernant l'accès au plateau technique et à la consultation spécialisée dans des délais raisonnables.

### ***L'hospitalisation et la chirurgie***

Le taux de rétention, soit le pourcentage des hospitalisations de résidents effectuées dans la région, est de 93 % en 2001-2002 pour l'ensemble des

sièges tumoraux, ce qui est un peu moins qu'en 1994-1995 (voir le tableau 60). Il est à noter que les territoires d'Asbestos, du Granit et de Memphrémagog présentent depuis 1994-1995 des taux de rétention inférieurs au taux moyen observé dans la région (données non présentées). Cette situation s'explique en partie par des facteurs géographiques.

En ce qui concerne le taux d'attraction, 15 % des personnes traitées viennent de l'extérieur de l'Estrie (voir le tableau 60). Pour les principaux sièges tumoraux, le taux d'attraction se situe à près de 7 % ; c'est pour les cancers hématologique, gynécologique, neurologique et de la tête et du cou qu'il est le plus élevé. Plus de 90 % des hospitalisations de la région – on en compte un total de 2 083 en 2001-2002 – sont enregistrées au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et la majorité des interventions chirurgicales pour chacun des sièges, à l'exception des cancers du système musculosquelettique, sont effectuées sur place.

Toutefois, les enfants sont pris en charge dans les centres hospitaliers de la région en collaboration avec ceux de Montréal (voir le chapitre 3, consacré à la pédiatrie).

L'équipe de médecins spécialistes en oncologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke comprend un neurochirurgien, un gynécologue, un oto-rhino-laryngologiste, un pédiatre oncologue ainsi qu'un chirurgien oncologue pratiquant la dissection de l'aisselle (ganglion sentinelle) pour l'investigation du cancer du sein. La presque totalité des chirurgies sont effectuées à ce même centre hospitalier, dans des proportions de 42 % à l'Hôtel-Dieu et de 54 % à l'Hôpital Fleurimont (voir le tableau 61).

Pour le cancer digestif bas et le cancer du sein, l'activité chirurgicale est concentrée à l'Hôtel-Dieu, et pour les cancers pulmonaire et urologique, à l'Hôpital Fleurimont (voir le tableau 62). Deux établissements, le Centre hospitalier

Tableau 60. Hospitalisations<sup>1</sup> pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de l'Estrie

	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	2 359	95	ND	ND
<b>2001-2002</b>				
Cancer digestif bas	271	94	267	5
Cancer pulmonaire	341	94	342	7
Cancer du sein	180	92	176	6
Cancer urologique	256	93	262	9
Ensemble des sièges	1 911	93	2 083	15

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 61. Chirurgies<sup>1</sup> et hospitalisations<sup>2</sup> dans les CHSGS de la région de l'Estrie 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 (%)
Hôpital Fleurimont (CHUS)	746	16	1307	21
Hôtel-Dieu (CHUS)	584	4	608	4
Centre de santé Memphrémagog	33	3	79	0
Centre de santé de la MRC d'Asbestos	0	0	44	2
Carrefour santé du Granit	9	0	45	2
<b>Total</b>	<b>1 372</b>	<b>10</b>	<b>2 083</b>	<b>15</b>

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

2. Incluant les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.

ND Non disponible

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Memphrémagog et le Carrefour santé du Granit, enregistrent de très faibles volumes de chirurgie pour les cancers les plus fréquents.

### La chimiothérapie

La chimiothérapie se donne essentiellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, que

ce soit aux adultes ou aux adolescents et aux enfants (voir le chapitre 3). Le service d'hématologie-oncologie comprend six membres qui ont un certificat en oncologie médicale pour la plupart. L'ensemble des services – laboratoire, pharmacie, traitement et consultation médicale – sont regroupés dans une même unité géographique afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Tableau 62. Chirurgies<sup>1</sup> effectuées dans les CHSGS de la région de l'Estrie 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 (%)
Hôpital Fleurimont (CHUS)	40	13	70	11	39	10	272	8
Hôtel-Dieu (CHUS)	105	3	4	0	184	2	2	0
Centre de santé Memphrémagog	7	0	1	0	7	0	5	0
Centre de santé de la MRC d'Asbestos	0	0	0	0	0	0	0	0
Carrefour santé du Granit	8	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>5</b>	<b>75</b>	<b>11</b>	<b>230</b>	<b>3</b>	<b>279</b>	<b>8</b>

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

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.



## La greffe de cellules souches

Un programme de chimiothérapie avec réinjection de cellules souches autologues est offert ; des chambres sont réservées aux greffes de ce type au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

## La radiothérapie

En 2001, des 710 patients<sup>3</sup> de l'Estrie, 94 % ont été traités au département de radio-oncologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, les autres ayant été traités à Montréal surtout. De plus, ce centre hospitalier a reçu 9 % des patients venant de la Montérégie, 13 % de ceux de la

Mauricie et du Centre-du-Québec et 5 % de ceux de la Chaudière-Appalaches.

D'après la figure 31, l'indicateur relatif à l'accès aux services en radio-oncologie<sup>4</sup> dans la région s'améliore : il est passé de 44 % à 50 % entre 1991 et 2001, une évolution comparable à l'indicateur provincial.

En mai 2002, le département de radio-oncologie comptait sur les services de deux radio-oncologues, de deux physiciens et de dix-huit technologues en radio-oncologie. Pour répondre à la demande croissante, un quatrième accélérateur linéaire sera en fonction à compter de 2004.

Figure 31. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de l'Estrie



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

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.

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.

## Les services de soutien

En Estrie, les services de soutien peuvent être obtenus tant dans les CLSC et les centres hospitaliers que dans la communauté. Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le *Programme qualité de vie/oncologie* existe depuis 1981. Offert sur demande dès l'annonce du diagnostic, il comprend la prise en charge de la personne atteinte du cancer, la coordination des soins ainsi que les services psychosociaux et de fin de vie.

On offre aussi une intervention portant sur le soutien physique afin d'aider la personne atteinte à recouvrer ou à conserver ses capacités physiques, dans la perspective qu'elle reprenne ses activités quotidiennes. Il s'agit de services d'aide à domicile, d'accompagnement et d'hébergement temporaire.

À titre d'exemple, on compte 22 places d'hébergement temporaire pour les patients en radiothérapie ; en vertu d'une entente, on peut ajouter des places en période de pointe afin de maximiser l'accès à ces services. Cependant, malgré l'expertise et la qualité de l'intervention, le manque de ressources humaines et financières a conduit à restreindre l'offre et les services ne sont donnés que sur demande.

Dans la région, le milieu communautaire est considéré comme un acteur clé auprès des personnes

atteintes du cancer. Quatre organisations ont une mission liée à cette maladie : la Société canadienne du cancer, la Fondation québécoise du cancer, la Rose des Vents et la Maison Aube-Lumière. En plus de voir au soutien pratique, elles organisent tant des rencontres entre personnes atteintes que des ateliers et offrent l'écoute individuelle ou encore un suivi du deuil. Des liens informels entre ces organisations et les établissements existent. À l'échelle régionale, on soulève cependant un réel problème de coordination des services.

## Les effectifs médicaux

Les taux de médecins – omnipraticiens ou spécialistes – pour 100 000 habitants, se situent nettement au-dessus de la moyenne provinciale en 2002 (voir le tableau 63). Toutefois, comme un certain nombre

de services sont offerts à des personnes qui résident à l'extérieur de la région, il faut tenir compte du fait que cette vocation suprarégionale fait croître les besoins en ce qui a trait aux ressources.

Tableau 63. Nombre de médecins<sup>1</sup> pour 100 000 personnes, région de l'Estrie et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour l'Estrie	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	110	94
Spécialistes	103	94
<b>Total</b>	<b>213</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 64 illustre les effectifs médicaux dans certaines spécialités au 1<sup>er</sup> février 2003. En médecine interne, en radiologie et en radiothérapie, des postes sont disponibles.

Le tableau 65 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux à la consom-

mation 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 l'ensemble des spécialités, de la pathologie et de l'oncologie médicale, la consommation est égale ou supérieure à la prévision.

Tableau 64. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1<sup>er</sup> février 2003, région de l'Estrie

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	23	1
Pathologie	8	0
Chirurgie générale	24	0
Médecine interne	18	1
Hémato-oncologie	6	0
Radiothérapie <sup>1</sup>	2	1

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. Le nombre de postes disponibles ne tient pas compte du projet d'agrandissement.

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

### L'intégration des services

L'étude de l'organisation régionale des services de lutte contre le cancer fait ressortir certaines faiblesses. Dans une visée de réseau intégré, il est difficile d'offrir une gamme complète de services accessibles, complémentaires et continus entre les organisations et entre les professionnels, que ce soit à l'échelle locale, régionale ou suprarégionale. Les principaux problèmes sont l'absence d'un programme de lutte contre le cancer dans la plupart des établissements, le manque de liens formels, l'insuffisance de mécanismes de continuité entre les organisations ainsi que l'absence d'un

talier universitaire de Sherbrooke et 10 à la Maison Aube-Lumière – résidence spécialisée –, avec des équipes interdisciplinaires dans les deux établissements. Les CLSC offrent un ensemble de services coordonnés par l'entremise du programme de maintien à domicile. Depuis 1996, on a mis sur pied

Tableau 65. 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 l'Estrie, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	19,0	21,0
Pathologie	6,7	6,1
Chirurgie générale	17,4	18,6
Médecine interne	14,4	18,2
Hématologie	2,5	2,3
Oncologie médicale	4,4	2,2
Radiothérapie	2,2	2,0
<b>Total des spécialités</b>	<b>273,5</b>	<b>267,9</b>
Médecine générale	266,5	286,1

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*.

système efficace de communication et de financement particulier à la lutte contre le cancer.

### LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

En matière de soins palliatifs, la région de l'Estrie compte 22 lits, soit 12 au Centre hospi-

talier universitaire de Sherbrooke et 10 à la Maison Aube-Lumière – résidence spécialisée –, avec des équipes interdisciplinaires dans les deux établissements. Les CLSC offrent un ensemble de services coordonnés par l'entremise du programme de maintien à domicile. Depuis 1996, on a mis sur pied un mécanisme formel de prise en charge et de suivi des personnes en phase terminale entre les hôpitaux et les CLSC ; on assure ainsi la continuité entre les établissements et l'ensemble des intervenants. Il existe aussi une collaboration entre les organismes communautaires et les associations vouées à la lutte contre le cancer dans la communauté. Toutefois, à l'exception du Carrefour de la santé et

des services sociaux du Val Saint-François, aucun centre d'hébergement et de soins de longue durée n'a une approche particulière encadrant les soins palliatifs.

Pour sa part, la Maison Aube-Lumière offre notamment le suivi du deuil, le répit, le dépannage et le soutien aux proches. Elle compte sur près de 25 personnes pour assumer les tâches professionnelles, de soutien et d'administration ainsi que sur plus d'une centaine de bénévoles.

Plusieurs problèmes sont rapportés dans l'état de situation : l'absence de relève, le peu d'options autres que l'hospitalisation, le manque de ressources humaines, matérielles et financières pour répondre à l'ensemble des besoins, le peu de formation et de recherche, le peu de soutien accordé aux aidants naturels ainsi que les problèmes de transport pour l'accès aux soins qui empêchent parfois les patients de rester dans leur milieu de vie.

## **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***

La région régionale fait à l'heure actuelle le suivi de la mortalité et de l'incidence des différents types de

cancer à l'aide de tableaux de bord. Cette surveillance se fait par territoire de CLSC. Les résultats, accessibles sur demande, sont publiés périodiquement à l'intention des partenaires et de la population.

### ***La formation***

Des formations ont lieu dans le cadre des activités habituelles des établissements, des milieux d'enseignement collégial et universitaire ou de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie. Il n'y a pas dans la région de programme structuré de formation continue concernant la lutte contre le cancer. Toutefois, on prévoit analyser de près les besoins en vue d'établir un programme de formation destiné aux professionnels et autres acteurs, dès que le plan stratégique et le plan d'action seront définis.

### ***La recherche***

Du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001, on a dénombré 28 projets de recherche, pour l'essentiel des essais cliniques en gynéco-oncologie, en hémato-oncologie et en radio-oncologie.

### ***La gestion de la qualité***

En ce qui concerne les activités de gestion de la qualité du PQDCS, en novembre 2000, un comité régional d'assurance de la qualité a été formé, lequel est chapeauté par un comité exécutif et soutenu par le centre de coordination des services

régionaux. Le comité relève de la Direction des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et ce, par entente avec la Direction de la santé publique et de l'évaluation de la régie régionale. On souhaite que ce mécanisme de gestion de la qualité s'étende à l'ensemble de la lutte contre le cancer.

En oncologie, l'équipe d'amélioration continue de la qualité du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke assure la préparation et le suivi des visites du Conseil canadien d'agrément et elle détermine les mesures d'amélioration de la qualité. À titre d'exemple, elle prévoit uniformiser le *Programme qualité de vie/oncologie* aux deux installations (Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont), former les intervenants à ce programme et mettre en place un guichet unique pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. En plus des comités d'évaluation de chaque département, qui relèvent du Conseil des médecins, dentistes et pharma-

ciens, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke s'est doté d'un comité d'oncologie transdépartemental.

### ***L'évaluation***

La réflexion sur l'évaluation du programme régional de lutte contre le cancer et de ses composantes s'amorcera dès le début des travaux du comité régional. La régie régionale verra à appliquer sa politique d'évaluation, qui comporte deux volets : l'évaluation administrative ainsi que l'évaluation des résultats et des effets.

Quant au PQDCS, un programme structuré d'évaluation est en place. Soulignons que, de novembre 1999 à mars 2002, l'équipe a publié neuf rapports ayant trait à divers aspects du dépistage du cancer du sein.

Dans une perspective d'intégration des services, on souhaite établir un partenariat entre les principaux acteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la régie régionale, en vue de préciser et de mettre en réseau la gamme des services. La mobilisation se fait par étape.

D'abord, à la régie régionale, on souhaite mettre en place une équipe inter-direction qui verra à définir les orientations et les pistes d'action pour la mise en œuvre du PQLC. Par la suite, un plan de communication informera les partenaires clés des orientations retenues par la régie et des étapes de travail à venir.

Enfin, on soumettra l'état de situation et les propositions organisationnelles à l'approbation de l'ensemble des partenaires. Simultanément, le Comité régional de lutte contre le cancer sera constitué. Son rôle principal consistera à faire du PQLC un projet commun à tous les partenaires, à obtenir l'engagement et l'adhésion à long terme des organisations ainsi qu'à définir un cadre organisationnel favorisant la coopération et le partenariat. Sa composition tiendra compte de la capacité d'influence des personnes qui y seront nommées.

