



LA LUTTE CONTRE LE CANCER
DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

LE PROFIL SOCIO SANITAIRE

En 2001, on a recensé 1 812 720 personnes dans la région de Montréal-Centre; la population y a augmenté de 2 % par rapport au recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Le groupe des personnes de 65 ans et plus s'est accru de 5 % pendant la même période, ce qui fait de Montréal-Centre l'une des régions qui comprend la plus forte proportion d'ainés, avec 15 %. Le revenu moyen des résidents de l'île est le plus élevé de la province, tout comme la proportion des diplômés universitaires (Pageau et autres, 2001). Parallèlement, c'est là que l'on observe l'un des plus hauts taux de chômage et l'une des plus fortes proportions de prestataires d'assistance-emploi. Ces données soulignent les disparités socio-économiques marquées qui sont caractéristiques de Montréal.

Selon une enquête de 2000-2001, par rapport aux principaux facteurs de risque du cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool, sédentarité –, les résidents de Montréal-Centre sont plus nombreux à adopter des comportements adéquats (Statistique Canada, 2003). En effet, la proportion de 23 % de la population présentant trois facteurs de risque ou plus est l'une des plus faibles au Québec, la moyenne étant de 25 %. Les proportions de fumeurs (27 %) et de non-fumeurs exposés

régulièrement à la fumée secondaire (30 %) se situent sous les moyennes provinciales de 30 % et 34 % respectivement. Le pourcentage de la population se percevant en mauvaise santé, qui est de 11 %, égale celui de l'ensemble du Québec.

En 1994-1998, l'espérance de vie était de 81,1 ans pour les femmes, ce qui se compare à la moyenne provinciale (Pageau et autres, 2001). Avec une espérance de vie à la naissance de 74,8 ans, les hommes vivent en moyenne un peu plus longtemps que leurs homologues québécois, l'écart étant jugé significatif.

Entre 1994 et 1998, la moyenne annuelle de nouveaux cas de cancer était de 8 592, pour un taux ajusté d'incidence de 417 pour 100 000 personnes¹. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes est significativement inférieur à la moyenne (104 contre 116 pour 100 000). Il en va de même pour le cancer de la prostate (91 contre 100 pour 100 000 hommes).

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 4 487 pour 1997-1999. Chez les femmes, le taux ajusté se compare à la moyenne (169 pour 100 000). Chez les hommes, ce taux est le plus faible du Québec (266 contre 280 pour 100 000). En ce qui concerne les quatre principaux sièges de cancer – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, Montréal-Centre se démarque : deux taux comptent parmi les plus faibles, celui du cancer de la prostate et celui du cancer du poumon chez les hommes, et l'écart est significatif dans les deux cas.

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

L'investigation, le traitement et le soutien sont offerts dans 15 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) répartis dans 21 installations (voir la figure 32). Avec ses trois centres hospitaliers universitaires et ses deux centres hospitaliers affiliés, la mission universitaire d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies est bien assurée dans cette région. Les 29 établissements ayant une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et les 91 établissements ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) complètent le réseau de la santé.

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

La lutte contre le tabac

Selon le cinquième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 45 écoles sur 614 et 2 maisons de jeunes ont participé au programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* en 2001-2002 (voir le tableau 66). Le programme s'adresse d'abord aux élèves du secondaire. Normalement, on offre un soutien en prévention du

Figure 32. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés¹ selon les principaux sièges en 2001-2002, région de Montréal-Centre



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.

tabagisme dans près de 50 écoles et dans des maisons de jeunes, mais les campagnes de vaccination contre la méningite ont exigé davantage d'efforts, ce qui explique la baisse du nombre d'écoles où les programmes ont été offerts.

En ce qui concerne le soutien à la cessation tabagique, depuis 1997, les efforts visent surtout à rendre optimales les pratiques de counseling des 2 200 médecins omnipraticiens de Montréal par le programme *Des médecins*

actifs pour contrer le tabagisme, qui s'adresse à toutes les associations médicales régionales du Québec. De plus, cinq établissements offrent des services de counseling individuel et on propose dans la région deux programmes de groupe. Une capsule radiophonique s'adressant aux fumeuses francophones de 25 à 35 ans a été diffusée et deux

cégeps réalisent un projet pilote visant à déterminer quelles stratégies sont efficaces pour cesser de fumer (voir le tableau 67). Dans la région, on soutient activement le *Défi J'arrête, j'y gagne !*

Il faut aussi signaler le programme de groupe de l'Association pulmonaire, offert par l'entremise d'une ligne téléphonique, et *Nicotine anonyme*, de l'Institut thoracique de Montréal, qui propose des rencontres individuelles dans le

style des Alcooliques anonymes.

Enfin, la Direction de santé publique de Montréal-Centre mène diverses recherches, dont une enquête de surveillance de la consommation de tabac auprès de la population de 15 ans et plus en 1999-2000 ainsi qu'une étude prospective de trois

Tableau 66. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de Montréal-Centre, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	6/391	0.2 %
Écoles secondaires	39/223	15 %

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

Tableau 67. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de Montréal-Centre, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
Méthode de groupe			
Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	Institut thoracique	29/29	Fumeurs patients du CUSM
Programme de groupe	Association pulmonaire	29/29	Fumeurs en général
Counseling individuel			
Centre d'abandon du tabac	CHUM	29/29	Fumeurs en général
Clinique <i>Le poumon rose</i>	Épic	29/29	Fumeurs en général
Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	Institut thoracique	29/29	Fumeurs patients du CUSM
Programme d'abandon du tabac	Hôpital Mont-Sinaï	29/29	Fumeurs en général
Unité de médecine familiale	Jewish General	29/29	Fumeurs en général
Médecins omnipraticiens	Cliniques médicales	ND	Fumeurs en général

ND Non disponible

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

ans auprès de 1 200 élèves du secondaire pour mieux connaître le phénomène de la dépendance. En collaboration avec des équipes de l'Ontario, une recherche est en cours sur le lien entre la génétique et le tabac.

L'alimentation

La Direction de santé publique organise diverses activités relatives à la promotion d'une saine alimentation. Par contre, aucune recherche n'a pour objet l'influence de l'alimentation sur le cancer.

L'environnement

La Direction de santé publique mène des études à caractère environnemental ; récemment, l'une d'entre elles visait à analyser l'association entre le fait d'habiter près de l'ancienne carrière Miron et le risque de développer un cancer du sein. Dans le cadre du programme provincial de dépistage de l'amiantose, des analyses sont effectuées dans les écoles publiques et privées tandis qu'en milieu de travail, on accorde la priorité aux travailleurs de la construction exposés à l'amiante. Des inspections systématiques en milieu de travail portent aussi sur la teneur en silice, en benzène, en amines aromatiques, en hydrocarbures, en asphalte ou en toute autre substance cancérigène dans l'air ambiant.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dans la région la plus peuplée du Québec, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) est offert depuis octobre 1998 à une population cible de 205 600 femmes de 50 à 69 ans². La région compte 14 centres de dépistage désignés (CDD), tous en clinique privée, et 5 centres de référence pour investigation désignés, ou CRID (voir le tableau 68). Au 31 mars 2002, tous les CDD respectaient le délai de 30 jours pour l'accès au dépistage et 4 des 5 CRID respectaient la norme de moins de 12 jours entre le dépistage et le début de l'investigation.

En 2000-2001, le taux de participation au PQDCS est de 32 % pour la région, alors que la moyenne provinciale atteint 43 %. Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour 1999-2000, le taux de mammographie global – qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic – est de 60 %, alors que la moyenne provinciale s'élève à 63 %. De 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois après le premier examen est de 71 %, tandis que les taux de référence pour investigation se chiffrent à 13 % après la première mammographie et à 9 % après les suivantes.

Les intervenants de la région ont plusieurs défis à relever. Par exemple, nombre de cliniques ou d'établissements non désignés continuent d'offrir des services de mammographie ou d'investigation, ce qui modifie les taux de participation au PQDCS et complique le suivi après une mammographie de dépistage anormale, compte tenu du système d'information actuel. Par contre, une excellente

2. Au 25 novembre 2001.

Tableau 68. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de Montréal-Centre

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Montréal	Centre de radiologie Hochelaga ¹	✓	
Montréal	Centre radiologique Fleury inc ¹	✓	
Montréal	Clinique radiologique Clarke inc ¹	✓	
Montréal	Centre d'imagerie diagnostique (Complexe de santé Reine-Élisabeth) ¹	✓	
Montréal	Léger et Associés, radiologistes ¹	✓	
Montréal	Radiologie Ellendale ¹	✓	
Montréal	Radiologie Médiclub (Le Sanctuaire) ¹	✓	
Montréal	Radiologie Laënnec inc ¹	✓	
Montréal	Radiologie Varad ¹	✓	
Montréal	Services radiologiques Maisonneuve ¹	✓	
Montréal	Service de radiologie Grenet inc ¹	✓	
Montréal (Verdun)	Clinique radiologique Verdun ¹	✓	
Montréal (LaSalle)	Radiologie Medicentre LaSalle inc ¹	✓	
Montréal (Pointe-Claire)	Centre de radiologie West-Island inc ¹	✓	
Montréal	Hôtel-Dieu du CHUM		✓
Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont		✓
Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal		✓
Montréal	Hôpital Royal Victoria		✓
Montréal	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis		✓

1. Clinique de radiologie privée.

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

collaboration des partenaires des CLSC et du secteur communautaire s'est établie, grâce à un financement soutenu depuis 1998.

La tenue d'activités régionales relatives à l'assurance de la qualité n'est pas mentionnée dans l'état de situation régional.

L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

L'investigation

Toute la gamme des services d'investigation, de base et spécialisée, est offerte dans la région. On

note cependant un problème d'accès aux plateaux techniques sur tout le territoire. Les résultats des examens d'investigation tardent parfois à être transmis, ce qui occasionne des délais pour la confirmation du diagnostic et le début des traitements.

L'hospitalisation et la chirurgie

Le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations de résidents effectuées dans la région, est de 98 % en 2001-2002 (voir le tableau 69). Le taux, similaire à celui de 1994-1995, varie légèrement – de 95 % à 100 % – d'un territoire de CLSC à l'autre ; toutefois, à Pointe-aux-Trembles, il n'est que de 86 %.

Tableau 69. Hospitalisations¹ pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de Montréal-Centre

	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 (%)
1994-1995				
Ensemble des sièges	14 036	99	ND	ND
2001-2002				
Cancer digestif bas	1 714	97	2 089	21
Cancer pulmonaire	1 954	98	2 717	30
Cancer du sein	969	97	1 441	35
Cancer urologique	1 901	97	2 664	31
Ensemble des sièges	11 664	98	17 271	34

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.

Le pourcentage des hospitalisations de personnes venant d'une autre région est élevé. Ainsi, le taux d'attraction atteint 34 % pour l'ensemble des sièges, ce qui va de pair avec la mission universitaire de plusieurs des centres hospitaliers. Il est moins important pour les quatre principaux sièges tumoraux, allant de 21 % pour le cancer digestif bas à 35 % pour le cancer du sein. Il est plus élevé pour les cancers dont l'incidence est faible, qui nécessitent généralement une expertise et un soutien qui ne se trouvent pas dans toutes les régions ; il s'agit des cancers oculaire (63 %), neurologique (59 %), du système musculosquelettique (57 %), de la tête et du cou (43 %) et hématologique (41 %) ainsi que du mélanome (51 %). De plus, les hôpitaux présentent un fort taux d'attraction pour la pédiatrie : il était de 67 % en 2000-2001 (voir le chapitre 3).

Selon l'état de situation, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) reçoit des patients venant de neuf régions : Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue,

Estrie, Mauricie et Centre-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nord-du-Québec. Les principaux partenaires du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) sont les régions de la Montérégie et des Laurentides ainsi que l'Ontario. L'Hôpital du Sacré-Cœur a établi des corridors de service avec trois régions – Laurentides, Laval et Abitibi-Témiscamingue – et cet établissement accueille aussi les patients du Centre hospitalier Fleury. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont collabore avec le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et le Centre hospitalier régional de Lanaudière, et il est en voie d'établir des ententes avec les centres hospitaliers Santa Cabrini et Jean-Talon. On y reçoit des patients venant de toute la province pour des greffes de moelle osseuse.

En 2001-2002, les hôpitaux de Montréal ont effectué 37 % des hospitalisations de la province, réparties ainsi : 28 % au CHUM, 16 % au CUSM, 16 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 9 % à l'Hôpital du Sacré-Cœur et 9 % à l'Hôpital général juif Sir

Mortimer B. Davis. Les 9 autres centres en ont effectué 22 %. Plusieurs centres hospitaliers présentent un volume d'activité imposant (voir le tableau 70). De même, pour les activités chirurgicales, le volume est supérieur à 1 500 actes par an dans 3 centres et il se situe entre 1 000 et 1 500 dans 3 autres centres.

Plus précisément, les chirurgies pour le cancer digestif bas sont effectuées en grande partie dans seize hôpitaux, le nombre le plus élevé étant enregistré à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

(voir le tableau 71). Pour le cancer pulmonaire, l'activité est davantage concentrée, les trois quarts des interventions étant pratiquées dans cinq centres : Hôpital général de Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Notre-Dame du CHUM.

Pour le cancer du sein, les équipes de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et de l'Hôtel-Dieu du CHUM sont les plus actives, mais 7 autres centres ont mené plus de 100 interventions au cours de

Tableau 70. Chirurgies¹ et hospitalisations² dans les CHSGS de la région de Montréal-Centre 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 général du Lakeshore	459	24	537	23
Hôpital Santa Cabrini	617	7	702	6
Institut de cardiologie de Montréal	2	0	5	0
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1 011	54	1 485	55
Hôpital général de Montréal	1 179	30	1 243	29
CH Fleury	242	17	349	15
Hôpital Jean-Talon	383	11	485	8
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	1 592	21	1 526	23
CH de Lachine	203	18	214	10
Hôpital Sainte-Justine	180	73	291	75
CH de St. Mary	583	28	618	22
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1 603	35	2 721	32
CH de Verdun	319	11	678	8
Hôtel-Dieu du CHUM	978	41	831	34
Hôpital Notre-Dame du CHUM	1 959	56	2 637	50
Hôpital Saint-Luc du CHUM	860	56	1 306	53
Hôpital de Montréal pour enfants	99	49	152	34
Hôpital neurologique de Montréal	180	54	261	49
Hôpital Royal Victoria	1 021	31	1 038	30
CH de LaSalle	139	24	120	17
Institut thoracique de Montréal	10	50	72	19
Total	13 619	36	17 271	34

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.

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Tableau 71. Chirurgies¹ effectuées dans les CHSGS de la région de Montréal-Centre et taux d'attraction 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 général du Lakeshore	64	17	6	17	105	31	183	22
Hôpital Santa Cabrini	124	4	59	7	61	10	226	8
Institut de cardiologie de Montréal	1	0	1	0	0	0	0	0
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	125	42	191	71	176	42	137	53
Hôpital général de Montréal	99	30	176	26	102	34	283	28
CH Fleury	63	11	20	25	38	32	76	13
Hôpital Jean-Talon	73	5	13	15	65	22	141	8
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	222	20	104	26	375	18	192	27
CH de Lachine	53	11	1	0	43	23	64	14
Hôpital Sainte-Justine	4	50	3	33	0	0	21	90
CH de St. Mary	85	15	10	10	198	37	144	24
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	154	29	183	38	250	18	213	23
CH de Verdun	65	0	51	12	34	9	88	15
Hôtel-Dieu du CHUM	63	25	9	44	414	42	187	33
Hôpital Notre-Dame du CHUM	97	31	257	70	256	47	183	48
Hôpital Saint-Luc du CHUM	121	40	67	76	40	48	304	56
Hôpital de Montréal pour enfants	1	100	0	0	0	0	8	13
Hôpital neurologique de Montréal	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpital Royal Victoria	95	26	12	25	177	31	156	26
CH de LaSalle	33	12	0	0	22	32	30	27
Institut thoracique de Montréal	0	0	5	80	0	0	0	0
Total	1 542	22	1 168	46	2 356	32	2 636	30

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'année. On note qu'il n'y a qu'au Centre hospitalier de LaSalle que le volume a été inférieur à la norme fixée dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer*, qui est de 30 nouveaux cas par an pour une équipe locale.

En ce qui concerne le cancer urologique, l'activité se répartit dans plusieurs centres, 12 d'entre eux ayant à leur actif plus de 100 interventions.

Plusieurs de ces établissements accueillent des patients de l'extérieur de l'île. Le taux d'attraction

varie selon le centre hospitalier (voir le tableau 70) et le siège (voir le tableau 71). L'organisation des services de la région demande la participation de toutes les équipes pour que les interrelations ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun soient bien définis.

Pour ce qui est des autres sièges tumoraux, le volume d'activité chirurgicale se répartit également entre plusieurs centres hospitaliers (voir le tableau 72). Il faut souligner qu'un fort taux d'attraction reflète généralement le besoin d'une expertise pro-

Tableau 72. Proportion des chirurgies¹ effectuées dans la région et taux d'attraction selon certains sièges de cancer et selon les principaux hôpitaux de Montréal-Centre, 2001-2002

Siège	Chirurgies dans la région (n)	Établissement	Proportion des chirurgies de la région (%)	Taux d'attraction (%)
Cancer de la tête et du cou	553	Hôpital Notre-Dame du CHUM	37	63
		Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	16	38
		Hôpital Royal Victoria	11	28
Cancer digestif haut	630	Hôpital Saint-Luc du CHUM	22	73
		Hôpital Royal Victoria	12	43
		Hôpital Notre-Dame du CHUM	11	57
		Hôpital Maisonneuve-Rosemont	10	36
Cancer du système musculosquelettique	212	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	61	60
Mélanome	306	Hôtel-Dieu du CHUM	45	57
		Hôpital Royal Victoria	18	41
		Hôpital Notre-Dame du CHUM	15	53
Cancer gynécologique	945	Hôpital Notre-Dame du CHUM	38	58
		Hôpital Royal Victoria	14	32
		Hôpital général de Montréal	12	29
Cancer oculaire	59	Hôpital Notre-Dame du CHUM	32	89
		Hôpital de Montréal pour enfants	20	42
		Hôpital Maisonneuve-Rosemont	14	38
		Hôpital général de Montréal	12	57
		Hôpital Royal Victoria	12	43
Cancer neurologique	279	Hôpital neurologique de Montréal	41	55
		Hôpital Notre-Dame du CHUM	17	67
		Hôpital Sainte-Justine	12	88
		Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	10	61
Cancer endocrinien	306	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	25	18
		Hôpital Notre-Dame du CHUM	17	60
		Hôpital Maisonneuve-Rosemont	11	30
Cancer hématologique	968	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	20	53
		Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	16	16
		Hôpital Notre-Dame du CHUM	11	50

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

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

fessionnelle ultraspécialisée ainsi que la disponibilité de plateaux techniques complexes et d'une équipe de soutien qu'on ne trouve pas dans toutes les régions.

La chimiothérapie

Les services de chimiothérapie sont assurés dans tous les centres hospitaliers qui traitent les patients atteints du cancer, à l'exception des centres hospitaliers Fleury, de Lachine et de LaSalle.

Selon l'état de situation, plusieurs hôpitaux ne disposent pas d'aires adéquates pour les traitements, ce qui fait augmenter les risques d'accident. Sans intimité, le traitement des patients, de même que le travail des intervenants, est difficile, sans compter le va-et-vient constant. Cette situation rend la tâche ardue et nuit au maintien en poste d'un personnel déjà peu nombreux. On fait également remarquer l'absence d'un système qui permettrait de connaître les temps d'attente concernant les traitements de chimiothérapie.

La radio-oncologie

La région de Montréal compte quatre départements de radio-oncologie ; ils sont situés au CHUM, au CUSM, à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La vaste majorité des résidents sont traités dans la région. Ainsi, en 2001, des 4 924 patients³ de Montréal, 27 % ont été traités en radiothérapie au CHUM (20 % à l'Hôpital Notre-Dame et 7 % à l'Hôtel-Dieu) et 31 % au CUSM (28 % à l'Hôpital général de Montréal et 3 % à l'Hôpital Royal Victoria) ; l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en ont traité 15 % et 27 % respectivement. Quelques patients ont été adressés au Centre hospitalier uni-

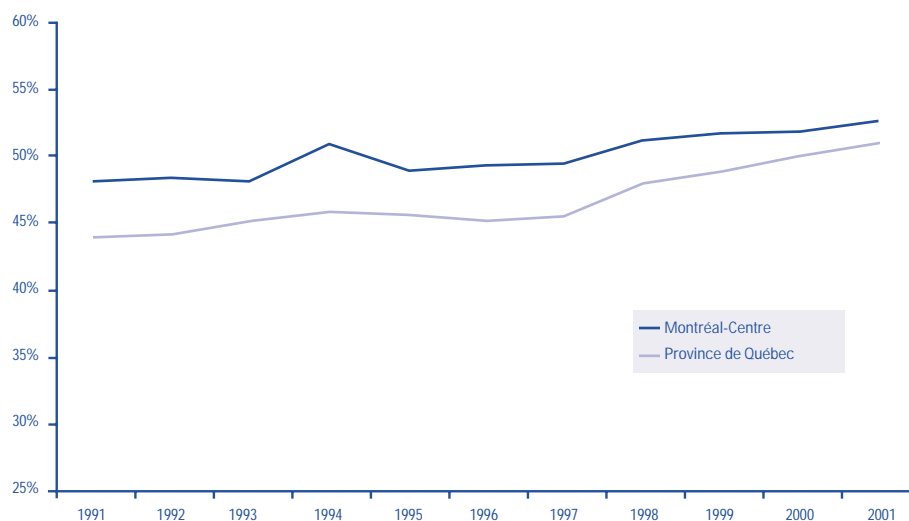
versitaire de Québec et au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

L'indicateur d'accès relatif aux services en radio-oncologie⁴ se maintient : de 48 % en 1991, il est passé à 52 % en 2001, tout juste au-dessus du taux provincial (voir la figure 33).

Les services de radio-oncologie du CHUM

Le département de radio-oncologie du CHUM répond aux besoins des patients venant surtout de Montréal et de la Montérégie. Au total, 3 635 personnes y ont été traitées en 2001, soit 73 % à l'Hôpital Notre-Dame et 27 % à l'Hôtel-Dieu.

Figure 33. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de Montréal-Centre



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.

L'hôpital Notre-Dame a ainsi reçu 982 patients de Montréal ainsi que 40 % des patients de la Montérégie, 22 % de ceux des Laurentides, 20 % de ceux de l'Abitibi-Témiscamingue, 18 % de ceux de Lanaudière et 10 % de ceux de Laval. Il reçoit aussi des patients des autres régions, mais dans une plus faible proportion. Pour sa part, l'Hôtel-Dieu a accueilli 330 patients venant de Montréal ainsi que 15 % de ceux de la Montérégie, 14 % de ceux des Laurentides et quelques patients venant de Lanaudière ou de Laval.

En 2002, le département de radio-oncologie du CHUM comptait sur les services de 14 radio-oncologues, de 11 physiciens et de 64 technologues en radio-oncologie.

Les services de radio-oncologie du CUSM

Le département de radio-oncologie du CUSM répond aux besoins des patients venant surtout de Montréal et de la Montérégie. Des 2 220 personnes traitées au CUSM en 2001, l'Hôpital général de Montréal en a reçu 91 % et l'Hôpital Royal Victoria, 9 %. Ainsi, l'Hôpital général de Montréal a accueilli 1 368 patients venant de Montréal auxquels se sont ajoutés 13 % des patients de la Montérégie, 12 % de ceux de Laval, 9 % de ceux des Laurentides ainsi que la majorité des patients venant des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Le département reçoit aussi, dans une plus faible mesure, des patients d'autres régions. Pour sa part, le département de radio-oncologie de l'Hôpital Royal Victoria a traité essentiellement des patients résidant à Montréal.

En 2002, le département de radio-oncologie du CUSM comptait sur les services de 8 radio-oncologues, de 9 physiciens et de 40 technologues en radio-oncologie. Au printemps, ses activités ont été concentrées à l'Hôpital général de Montréal.

Les services de radio-oncologie de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Le département de radio-oncologie de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis répond aux besoins des patients venant surtout de Montréal. Ainsi, on y a traité 997 patients en 2001, soit 756 venant de la région de Montréal-Centre ainsi que 8 % des patients de Laval et, dans des proportions moindres, ceux de la Montérégie et des Laurentides.

En 2002, le département comptait sur les services professionnels de 2 médecins radio-oncologues, de 3 physiciens et de 16 technologues en radio-oncologie.

Les services de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui a traité au total 3 551 personnes en 2001, répond surtout aux besoins des patients venant de Montréal ou de sa périphérie. Ainsi, il a reçu 1 313 patients de Montréal auxquels se sont ajoutés 68 % des patients de Lanaudière, 63 % de ceux de Laval, 47 % de ceux des Laurentides, 23 % de ceux de l'Abitibi-Témiscamingue et 18 % de ceux de la Montérégie.

En 2002, le département comptait sur les services professionnels de 8 médecins radio-oncologues, de 8 physiciens et de 40 technologues en radio-oncologie.

Le soutien

En général, les services de soutien physique – nutrition, physiothérapie et ergothérapie – sont insuffisants dans tous les centres hospitaliers. En outre, les stomothérapeutes sont peu nombreux, tout comme les dentistes qui travaillent auprès des personnes atteintes du cancer, sauf à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis. De même, les psychologues, les travailleurs sociaux et les autres professionnels ne suffisent pas à répondre aux besoins psychosociaux, émotionnels et spirituels des patients, ni à ceux qui se rapportent à l'information. Cependant, on souligne le travail exemplaire du Centre hospitalier de St. Mary et de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis auprès des patients adultes.

Dans tous les centres hospitaliers, des bénévoles s'occupent des patients en traitement curatif ou en soins palliatifs et certains centres forment leurs bénévoles. Les organismes sans but lucratif (OSBL) sont très actifs et secondent les établissements, donnant réconfort, information, soutien ainsi qu'aide matérielle et psychologique aux patients. Treize de ces organismes s'occupent surtout des personnes atteintes

du cancer. Il demeure que l'hébergement, le transport et le gardiennage posent fréquemment des problèmes.

Neuf CLSC s'intéressent surtout au suivi des personnes atteintes du cancer, mais on y en adresse peu. Dans l'état de situation, on souligne de plus l'absence d'uniformité des services offerts ainsi que la pénurie de ressources humaines et matérielles.

Les effectifs médicaux

Le nombre de médecins pour 100 000 habitants est nettement au-dessus de la moyenne provinciale en 2002, et même près du double en ce qui concerne les spécialistes (voir le tableau 73). Toutefois, bon

nombre des services étant fournis à des personnes qui résident à l'extérieur de la région, il faut tenir compte de cette vocation suprarégionale, qui exige des ressources supplémentaires.

Le tableau 74 illustre les effectifs dans certaines spécialités au 1^{er} février 2003 ; on constate que quelques postes sont vacants dans les spécialités de base.

Le tableau 75 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux de Montréal-

Tableau 73. Nombre de médecins¹ pour 100 000 personnes, région de Montréal-Centre et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour Montréal-Centre	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	100	94
Spécialistes	175	94
Total	275	188

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.

Centre à la consommation attendue, évaluée en tenant compte des caractéristiques de la population et de la moyenne provinciale (voir la méthode à la page 86). À l'exception de la radiologie, de la chirurgie générale et de la médecine générale, la consommation est égale ou supérieure à la prévision pour 2001-2002. Ainsi, même avec une activité suprarégionale marquée, les services médicaux spécialisés demeurent accessibles aux résidents de Montréal-Centre, comparative-ment à l'ensemble du Québec. La plus faible consommation réelle en médecine générale pourrait s'expliquer par des problèmes d'accès ou, à l'inverse, par un accès plus direct aux services spécialisés.

L'intégration des services

Les établissements ont constitué des équipes oncologiques selon le siège tumoral ou des équipes d'oncologie générale, lesquelles ont, pour

la plupart, formé des comités des thérapies du cancer. Seulement trois établissements de la région n'ont pas de telles équipes.

Au moment de rédiger le présent bilan, aucun établissement n'employait un intervenant pivot, mais les infirmières cliniciennes, les infirmières de liaison et les infirmières de clinique externe pour la pédiatrie jouaient ce rôle.

Étant donné la complexité du système, la continuité pose de réels défis. Il s'agit notamment d'améliorer les mécanismes de communication à tous les paliers pour assurer la continuité des services entre les établissements, les CLSC, les organismes bénévoles et les intervenants. La solution pourrait passer par des ententes de service, le dossier informatisé et l'intervenant pivot. Le développement de la télémédecine à l'Hôpital Sainte-Justine et à celui du Sacré-Cœur est un exemple de moyen facilitant la communication ; les ententes de service

Tableau 74. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1^{er} février 2003, région de Montréal-Centre

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	173	1
Pathologie	76	0
Chirurgie générale	157	1
Médecine interne	151	2
Hémato-oncologie	105	0
Radiothérapie ¹	32	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.

Tableau 75. Comparaison de la consommation attendue¹ et de la consommation réelle des services médicaux selon les spécialités liées à l'oncologie, région de Montréal-Centre, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	125,8	123,3
Pathologie	45,2	52,5
Chirurgie générale	114,6	106,0
Médecine interne	97,3	112,0
Hématologie	16,6	27,6
Oncologie médicale	29,3	33,6
Radiothérapie	14,3	17,7
Total des spécialités	1 818,7	2 202,2
Médecine générale	1 784,0	1 647,0

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^{er} octobre 2001 au 31 mars 2002*.

auxquelles travaille l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en sont un autre exemple.

Les directions des centres hospitaliers universitaires cherchent à centraliser les activités oncologiques afin de rationaliser les services et de mieux coordonner les activités. Les centres hospitaliers affiliés ont quant à eux étudié la question de leur rôle au regard des services en oncologie. Par ailleurs, le Centre hospitalier de St. Mary se définit comme un centre hospitalier local et communautaire ; la direction de ce centre, par l'entremise de son équipe médico-administrative, a fait des alliances avec le réseau McGill afin de servir adéquatement ses patients.

À l'échelle de la région, le principal défi à relever à l'égard de l'intégration des services est probablement celui d'apprendre à travailler ensemble.

LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

La région de Montréal-Centre compte 131 lits réservés aux soins palliatifs répartis dans 11 unités spécialisées, soit 9 dans des CHSGS et 2 dans des CHSLD. En outre, la Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île, inaugurée en octobre 2002, en compte 9 ; cependant, il n'y en a aucun dans les deux hôpitaux pédiatriques. Avec près de 2 415 admissions en soins palliatifs en 2000-2001, on répond à peine à 30 % des besoins estimés, selon des données du fichier des hospitalisations Med-Echo. Par ailleurs, des équipes spécialisées sont en place dans ces unités. De plus, onze centres hospitaliers ont une équipe de consultation qui se déplace au besoin dans l'établissement. On évalue

que de 100 à 400 consultations par an seraient menées par le personnel des centres hospitaliers, sauf à l'Hôpital Royal Victoria et au CHUM où les volumes des consultations sont respectivement de 800 et de 1 900 par an.

On compte 10 centres hospitaliers offrant des services ambulatoires en soins palliatifs. Quatre établissements – l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et le Centre hospitalier de Verdun – proposent même des services à domicile ; ensemble, ils ont 5 000 consultations externes et 300 visites à domicile par an à leur actif. Les CLSC offrent pour leur part les soins palliatifs dans le cadre du maintien à domicile mais, si les services existent, ils ne sont pas toujours facilement accessibles faute de ressources. Sur 22 CLSC, 6 offrent une garde médicale complète 24 heures par jour et 7 jours par semaine, alors que 5 autres ne peuvent compter sur des ressources médicales. Pour ce qui est des CHSLD, le personnel a acquis une bonne expertise en soins palliatifs dans 6 établissements. Quant aux 12 OSBL, dont l'Association d'entraide Ville-Marie et les Infirmières de l'Ordre de Victoria font partie, 19 CLSC font appel à eux pour les soins infirmiers, le répit, l'accompagnement et le prêt d'équipement, les autres services étant fournis par les CLSC.

Les liens entre divers établissements semblent bien établis dans le centre et le sud de la région, où 20 CLSC collaborent étroitement avec des CHSGS. Par ailleurs, plusieurs centres hospitaliers offrent le suivi du deuil. En ce qui concerne la formation, elle s'acquiert en général par des colloques et des congrès.

Dans l'état de situation, on rapporte les problèmes suivants : sauf exception, il est difficile d'assurer la continuité dans les services de soins palliatifs entre les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD ; il manque des ressources humaines, matérielles et financières pour répondre aux besoins sans cesse croissants ; le soutien et l'accompagnement sont déficients dans la majorité des centres hospitaliers ; les médecins de famille manquent de disponibilité pour offrir les soins palliatifs et assurer le suivi des personnes atteintes du cancer. On rapporte également quelques éléments positifs : l'expertise régionale en soins palliatifs auprès des enfants, la sensibilisation de plus en plus marquée des oncologues pour ce type de soins ainsi que la présence des universités, laquelle favorise la recherche et l'enseignement.

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

En ce qui concerne la surveillance, l'état de situation livre peu d'information, mais indique que rares sont les établissements qui tiennent un registre des cancers. On sait toutefois que des travaux sont en cours à la Direction de santé publique pour constituer un registre des cancers régional.

La formation

Quelques programmes d'orientation professionnelle et de formation continue en oncologie pour le personnel infirmier sont offerts dans les établissements. Toutefois, ils demeurent encore peu répandus et touchent peu d'autres secteurs comme le service social, la psychologie, la nutrition ou la pharmacie. En soins palliatifs, quelques centres offrent davantage de formation, surtout à l'intention des médecins. Dans quatorze CHSLD, la formation est assurée par des conférences, des colloques ainsi que des congrès et, parmi les organismes communautaires, certains forment leurs bénévoles. Toutefois, la formation des technologistes ou cytologistes travaillant dans les laboratoires de pathologie manque d'uniformité.

La recherche

De nombreux projets de recherche, clinique ou fondamentale, sont en cours dans les centres de recherche universitaires, où l'on trouve aussi des unités qui s'intéressent à la prévention du cancer. Selon l'état de situation, des travaux en recherche psychosociale et en soins infirmiers sont également menés dans la région. La Direction de santé publique s'intéresse elle aussi à la recherche, notamment en ce qui concerne le tabagisme et les questions environnementales.

La gestion de la qualité

En ce qui concerne la gestion de la qualité, certains centres universitaires ont établi des protocoles de

soins et quelques hôpitaux ont mis en place des comités des thérapies du cancer. L'Hôpital Royal Victoria et l'Hôpital général de Montréal, qui sont à l'avant-garde pour la collecte de données sur le cancer grâce à la tenue d'un registre local, ont quant à eux mis en application dans leur milieu les standards de la Commission on cancer de l'American College of Surgeons.

Tous les laboratoires de pathologie effectuent des contrôles de la qualité, mais les critères varient. Trois des seize laboratoires ne se conforment pas à la norme en ce qui concerne le dépistage du col utérin. Seul le Centre hospitalier de St. Mary possède un agrément du College of American Pathologists.

L'évaluation

Aucune démarche régionale n'a été entreprise en ce qui concerne l'évaluation du PQLC.

La régie régionale entend s'associer à ses partenaires engagés dans la lutte contre le cancer pour trouver des moyens permettant d'améliorer les pratiques et d'offrir un ensemble de soins et de services – prévention, dépistage, investigation, traitement, soutien et soins palliatifs de fin de vie – accessibles et de qualité dans la région de Montréal-Centre. C'est dans cette perspective qu'un comité régional a été mis en place en janvier 2000 pour conseiller la régie régionale quant à l'implantation du PQLC.

