



**LA LUTTE CONTRE LE CANCER  
DANS LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES**

## **LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES**

### **LE PROFIL SOCIO SANITAIRE**

Selon le recensement de 2001, la région de la Chaudière-Appalaches compte 383 375 personnes ; la croissance a été de moins de 1 % par rapport au recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Cette hausse touche essentiellement les personnes de 45 à 64 ans et celles de 65 ans et plus. La proportion des aînés s'est accrue de 10 % et ce groupe forme plus de 13 % de la population. Selon les données socioéconomiques, à l'exception du revenu moyen qui est inférieur à la moyenne québécoise, la situation est favorable (Pageau et autres, 2001). En effet, le taux de chômage et la proportion des prestataires d'assistance-emploi sont sous la moyenne provinciale. Toutefois, la proportion des diplômés universitaires est plus faible.

D'après une enquête de santé de 2000-2001, la situation de la région est également assez favorable à l'égard des principaux facteurs de risque concernant le cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool et sédentarité (Statistique Canada, 2003). La proportion des personnes présentant trois facteurs de risque et plus y est de 24 %, alors qu'elle est de 25 % au Québec. C'est la région où le pourcentage de fumeurs est le plus faible, avec 26 %, alors qu'il est de 30 % dans l'ensemble du Québec. Quant au pourcentage de

non-fumeurs exposés à la fumée secondaire, il se compare à la moyenne provinciale, avec 34 %. La Chaudière-Appalaches est aussi une région où la proportion de personnes s'estimant en mauvaise santé est faible.

L'espérance de vie à la naissance est de 82 ans pour les femmes, qui se situent au premier rang au Québec (Pageau et autres, 2001). Celle des hommes est de 74,9 ans, alors que la moyenne provinciale est de 74,6 ans.

La moyenne annuelle des nouveaux cas de cancer est de 1 519 entre 1994 et 1998, pour un taux ajusté d'incidence de 399 pour 100 000 personnes : il s'agit de la région la plus avantagée à cet égard, l'écart avec la moyenne provinciale étant significatif du point de vue statistique<sup>1</sup>. Dans l'ensemble, les taux d'incidence du cancer du poumon, du côlon et du rectum, et de la prostate sont inférieurs à la moyenne.

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 812 pour 1997-1999. Le taux ajusté de mortalité chez les femmes (144 pour 100 000) est le plus faible de toutes les régions et se distingue significativement de la moyenne provinciale. Pour la population masculine, le taux ajusté dépasse de peu le taux du Québec (287 contre 280 pour 100 000). Si l'on prend les quatre principaux sièges de cancer – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, on constate que les femmes sont favorisées puisque les taux de mortalité pour le cancer du poumon, le cancer du sein et celui du côlon et du rectum sont statistiquement inférieurs à la moyenne provinciale.

---

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

La région compte onze établissements ayant une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et quatre ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont un centre hospitalier affilié, l'Hôtel-Dieu de Lévis (voir la figure 42). À ces établissements s'ajoutent aussi un complexe de santé ayant une mission de centre hospitalier ambulatoire et dix-huit établissements ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

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

### La lutte contre le tabac

En matière de lutte contre le tabac, les services de prévention sont assurés par un répondant dans chaque CLSC. Les activités de lutte contre le tabac

sont très répandues dans les écoles (voir le tableau 119). Le programme *Méchant problème* a été offert

Tableau 119. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de la Chaudière-Appalaches, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	123/158	22 %
Écoles secondaires	14/38	18 %

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

dans 123 des 158 écoles primaires, *La gang allumée pour une vie sans fumée* l'a été dans 14 des 38 écoles secondaires et le spectacle *In Vivo* a été présenté dans une école. Le programme *Au diable la cigarette* s'est ajouté en 2001-2002

dans six écoles secondaires.

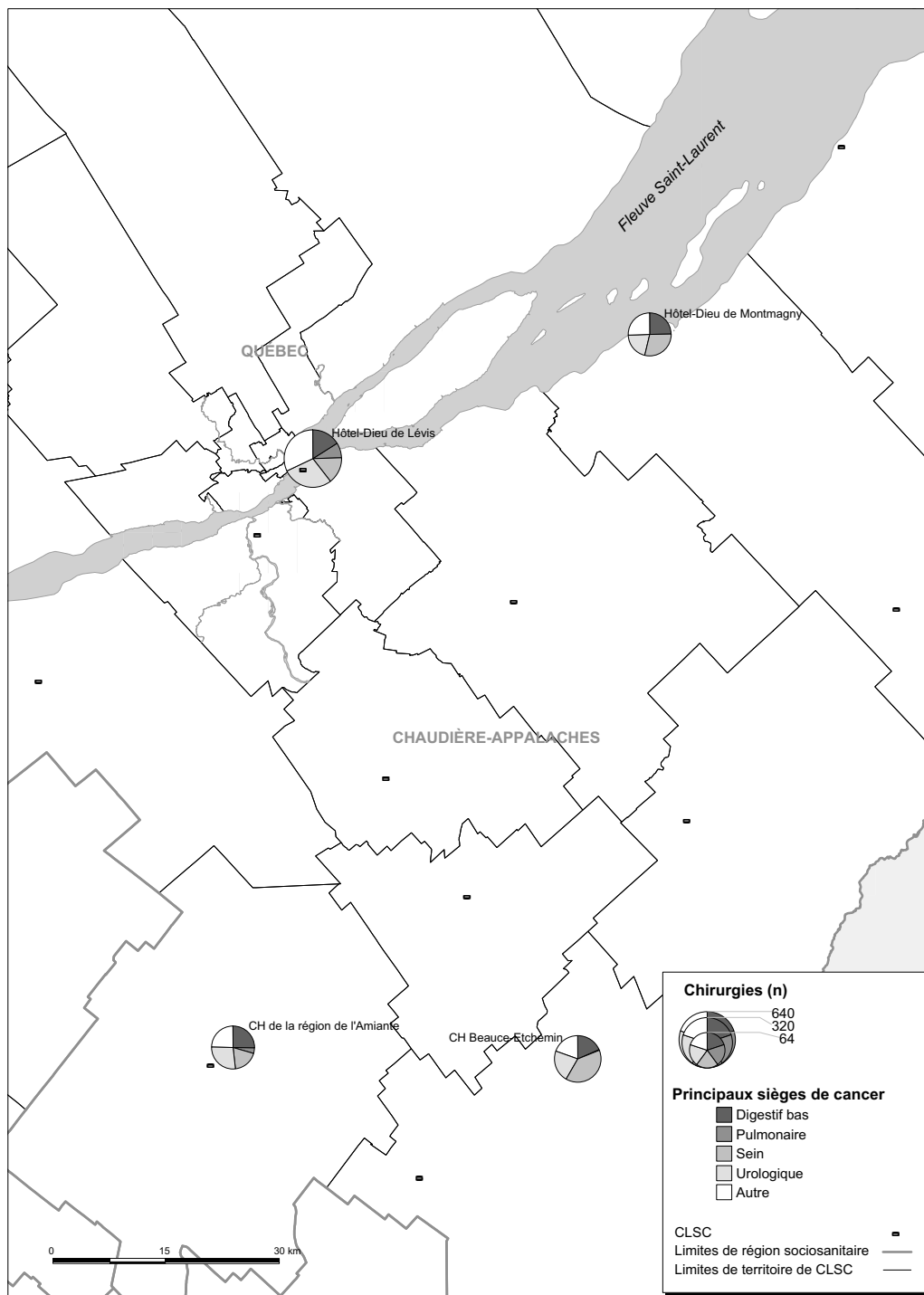
Des services structurés de cessation de la consommation de tabac, individuels ou de groupe, sont offerts dans les communautés et dans les établissements (voir le tableau 120). Selon le cinquième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le counseling individuel est offert dans les onze CLSC. Un projet pilote sur le counseling individuel offert par des pharmaciens est en cours dans quatre pharmacies. Le programme *Ça vient de s'éteindre*, volet individualisé, est offert par les CLSC aux adolescents en milieu scolaire. Au chapitre des activités de counseling de groupe, le programme *Oui, j'arrête !* est proposé dans les onze CLSC.

Tableau 120. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de la Chaudière-Appalaches, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
<b>Méthode de groupe</b>			
Programme <i>Oui, j'arrête !</i>	CLSC	11/11	Fumeurs en général
<b>Counseling individuel</b>			
Counseling individuel	CLSC	11/11	Fumeurs en général
Counseling individuel par des pharmaciens (projet pilote)	4 pharmaciens	1/11	Fumeurs en général
Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	11/11	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.

Figure 42. 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 la Chaudière-Appalaches



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.

Dans la région, on distribue un répertoire des points de service. Trois fois par an, du matériel promotionnel est produit et de la publicité est faite dans les médias pour promouvoir la cessation de la consommation de tabac.

En ce qui concerne la recherche et l'évaluation, une enquête a été menée sur les activités visant la promotion de la santé et la prévention du cancer incluant la réduction du tabagisme. L'évaluation du programme *Méchant problème* se fait en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec.

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

On compte 17 diététistes dans la région, réparties dans 11 CLSC ; la durée de leur intervention varie de 2 à 63 heures. Cette intervention est offerte dans le cadre des services courants, du programme *Famille-Enfance-Jeunesse* – dans lequel on retrouve le programme *OLO* ou œufs, lait, orange, et le *Programme canadien de nutrition prénatale – et du soutien à domicile* (intervention de nature curative, après une consultation médicale). Dans la moitié des CLSC, la diététiste estime qu'elle fait la promotion de saines habitudes alimentaires à temps plein. Dans les autres CLSC, le travail est de nature plutôt curative que préventive. Par ailleurs, douze organismes communautaires en sécurité alimentaire sont subventionnés pour s'occuper de cuisines collectives.

Dans l'état de situation, on souligne que les intervenants réclament davantage d'information et de

formation, tant pour eux-mêmes que pour les personnes dont ils s'occupent, sur les facteurs de risque du cancer ainsi que sur les programmes et les services.

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

Dans le domaine de l'environnement, les activités sont plutôt ponctuelles. Depuis 1999, en association avec les CLSC, le MSSS, le ministère de l'Éducation et les quatre commissions scolaires, la région régionale collabore au contrôle de l'amiante dans les écoles.

On diffuse dans la région, auprès des usagers des CLSC, un dépliant sur les dangers du bronzage. L'équipe santé et environnement de la Direction de santé publique effectue aussi un suivi auprès des municipalités aux prises avec des concentrations élevées de nitrate dans l'eau potable et auprès des gestionnaires de réseaux d'aqueduc contenant de fortes concentrations de trihalométhanes.

Par ailleurs, on tient aussi à jour des données quant aux émissions atmosphériques de dioxines et de furannes émanant d'un incinérateur.

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

Chaudière-Appalaches est l'une des premières régions où a été mis en œuvre le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) en mai 1998. Pour une population cible d'environ 43 000 femmes de 50 à 69 ans<sup>2</sup>, on y compte quatre

---

2. Au 25 novembre 2001.

centres de dépistage désignés (CDD), trois étant situés dans des centres hospitaliers et l'autre étant une clinique de radiologie privée. Trois CDD sont aussi des centres de référence pour investigation désignés (CRID). Le quatrième CRID est situé à l'Hôtel-Dieu de Lévis (voir le tableau 121).

Le délai de moins de 30 jours concernant l'accès aux services de dépistage est respecté dans trois des quatre CDD au 31 mars 2002 et tous les CRID satisfont à la norme de moins de 12 jours entre le dépistage et le début de l'investigation.

Tableau 121. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de la Chaudière-Appalaches

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Lévis	Clinique radiologique de Lévis <sup>1</sup>	✓	
Lévis	Hôtel-Dieu de Lévis		✓
Montmagny	Hôtel-Dieu de Montmagny	✓	✓
Thetford Mines	CH de la région de l'Amiante	✓	✓
Saint-Georges	CH Beauce-Etchemin	✓	✓

1. Clinique de radiologie privée.

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

Le taux de participation au PQDCS est de 57 % dans la région pour 2000-2001, la moyenne provinciale se situant à 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 69 % dans la région, alors que la moyenne provinciale est de 63 %. Pour la période allant de 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois après le premier examen est très élevé, avec 83 %, alors que la moyenne provinciale est de 77 %, et le taux de référence pour investigation se chiffre à 12 % après la mammographie initiale et à 9 % après les suivantes.

Les activités régionales relatives à l'assurance de la qualité ont débuté en juin 2001, mais la difficulté à obtenir les données portant sur l'investigation retarde le processus.

## L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

### L'investigation

Presque tous les médecins des cliniques ou des CLSC mènent l'investigation de base pour les différents types de cancer. Pour une investigation supplémentaire, les médecins orientent leurs patients vers le centre hospitalier de leur milieu ou à l'Hôtel-Dieu de Lévis lorsque le

plateau technique ou les services spécialisés n'existent pas dans leur localité. Dans l'état de situation, on précise que quelques patients, entre 5 et 10 %, sont orientés vers les centres hospitaliers de Québec. Les périodes d'attente estimées entre le début de l'investigation et l'annonce du diagnostic varient entre une et six semaines selon le type de cancer, la complexité du cas et l'établissement où l'investigation a été menée. Cependant, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, l'attente est moindre. On observe des temps d'attente plus longs pour les cancers hématologiques et les cancers de la tête et du cou.

### L'hospitalisation et la chirurgie

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

Tableau 122. Hospitalisations<sup>1</sup> pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de la Chaudière-Appalaches

	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	2 396	58	ND	ND
<b>2001-2002</b>				
Cancer digestif bas	346	80	281	2
Cancer pulmonaire	384	57	241	9
Cancer du sein	188	57	115	6
Cancer urologique	288	73	226	8
Ensemble des sièges	2 097	63	1 420	7

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.

effectuées dans la région, s'élève à 63 % en 2001-2002, tandis qu'il était de 58 % en 1994-1995 (voir le tableau 122). Il varie selon le siège tumoral ; il est de 57 % pour le cancer pulmonaire et le cancer du sein, et de 80 % pour le cancer digestif bas. Ce taux varie également selon le territoire, il est moindre à l'Est (Lotbinière et La Chaudière) et supérieur dans les territoires des MRC de Bellechasse, Desjardins et de Montmagny. Dans l'état de situation, on précise en outre qu'une meilleure utilisation des ressources existant dans la région, notamment à l'Hôtel-Dieu de Lévis, pourrait améliorer la rétention.

Les établissements de la région hospitalisent peu de personnes venant de l'extérieur : en 2001-2002, le

taux d'attraction s'élevait en effet à 7 % pour l'ensemble des hospitalisations relatives à un cancer, les patients venant surtout du Bas-Saint-Laurent.

Tableau 123. Chirurgies<sup>1</sup> et hospitalisations<sup>2</sup> effectuées dans les CHSGS de la région de la Chaudière-Appalaches pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n)	Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n)
Hôtel-Dieu de Lévis	777	710
CH de la région de l'Amiante	166	254
Hôtel-Dieu de Montmagny	125	181
CH Beauce-Etchemin	189	275
<b>Total</b>	<b>1 257</b>	<b>1 420</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.

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

La moitié des 1 420 hospitalisations de la région ont été effectuées à l'Hôtel-Dieu de Lévis, 18 % au Centre hospitalier de la région de l'Amiante, 19 % au Centre hospitalier Beauce-Etchemin et 13 % à l'Hôtel-Dieu de Montmagny (voir le tableau 123).

À l'Hôtel-Dieu de Lévis, on a effectué 62 % des 1 257 chirurgies de la région, tandis qu'au

Centre hospitalier de la région de l'Amiante et au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, on a pratiqué respectivement 13 % et 15 % de ces interventions ; à l'Hôtel-Dieu de Montmagny, on en compte 10 %.

Pour le cancer digestif bas, le cancer du sein et le cancer urologique, l'activité chirurgicale se concentre à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Des chirurgies pour ces types de cancer sont effectuées aussi au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, au Centre hospitalier de la région de l'Amiante et à l'Hôtel-Dieu de Montmagny mais dans une moindre mesure (voir le tableau 124). Les activités chirurgicales relatives au cancer pulmonaire se font uniquement à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

On enregistre très peu d'activité chirurgicale dans la région en pédiatrie et pour le cancer du système musculosquelettique, le cancer oculaire, le cancer neurologique et le cancer endocrinien. Selon l'état de situation, le délai moyen entre la confirmation d'un diagnostic et le début des traitements est de deux semaines. Cependant, il peut atteindre jusqu'à huit semaines pour les cancers gynécologiques au Centre hospitalier de la région de l'Amiante.

### La chimiothérapie

Les services de chimiothérapie sont offerts dans les quatre centres hospitaliers. Le travail se fait en

équipe, réunissant personnel infirmier, médecin et pharmacien. Cependant, les locaux sont exigus et peu fonctionnels, et la présence d'un hémato-oncologue varie d'un centre à l'autre de quelques heures par mois à l'Hôtel-Dieu de Montmagny à 49 heures par semaine à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les services sont en partie assurés par des spécialistes venant de l'extérieur : les hémato-oncologues de l'Hôtel-Dieu de Québec partagent leurs activités entre cet établissement et l'Hôtel-Dieu de Lévis, tandis que les hématologues de l'Hôpital du Saint-Sacrement de Québec travaillent également à l'Hôtel-Dieu de Montmagny.

Les traitements sont donnés généralement sans délai, sauf en ce qui concerne le cancer hémato-oncologique traité au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, où il peut s'écouler de quatre à six semaines entre la confirmation du diagnostic et le début des traitements. Trois des dix CLSC offrent la chimiothérapie, soit à domicile, dans les CLSC mêmes ou dans les CHSLD.

Tableau 124. Chirurgies<sup>1</sup> effectuées dans les CHSGS de la région de la Chaudière-Appalaches selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002

Établissement	Chirurgies (n)			
	Cancer digestif bas	Cancer pulmonaire	Cancer du sein	Cancer urologique
Hôtel-Dieu de Lévis	125	66	116	220
CH de la région de l'Amiante	42	7	31	45
Hôtel-Dieu de Montmagny	31	0	36	26
CH Beauce-Etchemin	35	1	74	42
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>74</b>	<b>257</b>	<b>333</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.



## La radiothérapie

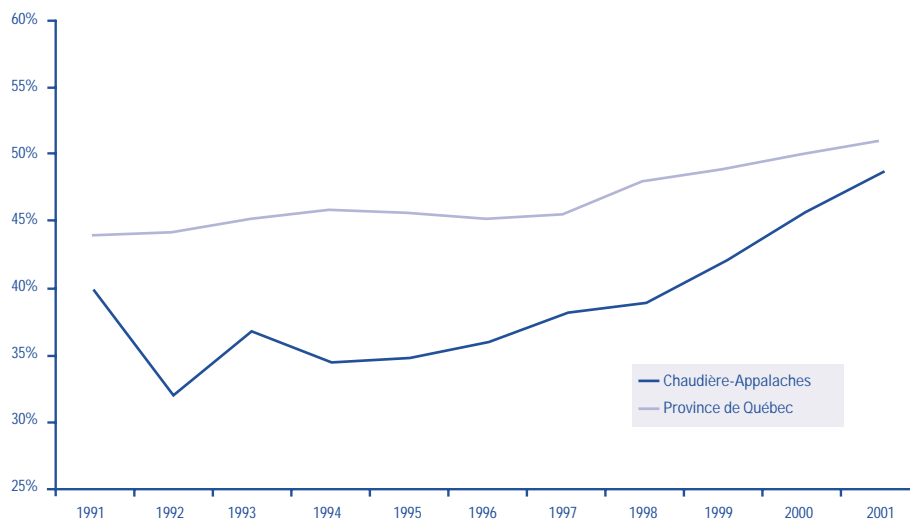
En 2001, en l'absence d'un département de radio-oncologie, 92 % des 884 patients<sup>3</sup> de la Chaudière-Appalaches ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Québec et 5 % d'entre eux, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Les autres patients ont été adressés à Montréal ou à Trois-Rivières.

D'après la figure 43, l'indicateur permettant de connaître l'accès aux services en radio-oncologie<sup>4</sup> s'améliore : il est passé de 40 % à 49 % entre 1991 et 2001, se rapprochant ainsi du taux provincial.

## Les services de soutien

En vue de préparer l'état de situation régional, un questionnaire standardisé a été posté à tous les centres hospitaliers et aux CLSC. On a aussi formé des groupes de discussion avec des intervenants et des personnes atteintes du cancer. Certains constats se dégagent des réponses : ainsi, malgré des initiatives intéressantes et les efforts soutenus des intervenants et des organismes sans but lucratif (OSBL), plusieurs activités de soutien ne sont pas offertes. L'évaluation des besoins du patient dès l'étape du diagnostic n'est pas systématique et la pénurie des ressources humaines, tant en centre hospitalier qu'en CLSC, se ressent

Figure 43. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de la Chaudière-Appalaches



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. Selon les données internationales, on estime que 50 % des patients ont besoin de traitements de radiothérapie au cours de leur maladie.

dans tous les domaines, qu'il s'agisse de soutien physique ou psychosocial. La formation du personnel sur les besoins particuliers des personnes atteintes et de leurs proches est insuffisante. Ces renseignements s'avèrent des plus utiles pour la région régionale et lui permettront de cibler les actions prioritaires.

Les besoins des patients et des proches ainsi que le degré de satisfaction relatif aux services ont aussi été évalués. On cite quelques pistes intéressantes : entre autres, 60 % des patients sont peu satisfaits de la façon dont ils sont accompagnés pour faire face à l'incertitude et à l'inconnu. Ils ont besoin de soutien financier pour le transport, l'hébergement et les fournitures de soins. Pour ce qui est des proches, leurs besoins concernent la sécurité d'un soutien adéquat et la prévention de l'épuisement.

Plusieurs OSBL, dont neuf sont subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires, offrent des services en oncologie surtout, lesquels sont axés pour une large part sur le cancer du sein. Des entreprises en économie sociale sont aussi à l'œuvre dans la région.

## Les effectifs médicaux

Le tableau 125 présente le nombre de médecins pratiquant dans la région pour 100 000 habitants. On

note qu'en ce qui concerne les spécialistes, la région se situe nettement sous la moyenne provinciale en 2002. Ainsi, bon nombre des consultations de spécialistes ont lieu dans la région de Québec.

La majorité des spécialistes de la région

pratiquent à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le tableau 126 illustre la situation des effectifs médicaux de certaines spécialités au 1<sup>er</sup> février 2003. On remarque l'absence de postes disponibles dans toutes les spécialités liées à l'oncologie.

Le tableau 127 compare la consommation réelle des services à la consommation attendue, qui est évaluée en tenant compte des caractéristiques de la population et de la moyenne provinciale (voir la méthode à la page 86). Pour l'ensemble des spécialités, l'hé-

matologie et la radiothérapie, on note un écart entre les deux types de valeurs. Même en additionnant l'hématologie et l'oncologie médicale, la con-

Tableau 125. Nombre de médecins<sup>1</sup> pour 100 000 personnes, région de la Chaudière-Appalaches et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour la Chaudière-Appalaches	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	94	94
Spécialistes	55	94
<b>Total</b>	<b>149</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.

Tableau 126. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1<sup>er</sup> février 2003, région de la Chaudière-Appalaches

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	21	0
Pathologie	6	0
Chirurgie générale	17	0
Médecine interne	14	0
Hémo-oncologie	3	0

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

somation demeure inférieure à la prévision ; ceci pourrait révéler un accès difficile à ces services spécialisés dans la Chaudière-Appalaches comparativement à l'ensemble du Québec. C'est toutefois l'inverse en médecine générale, avec une consommation des services dépassant la prévision.

### **L'intégration des services**

Une équipe a été formée à l'unité de soins en oncologie de l'Hôtel-Dieu de Lévis, laquelle ne tient toutefois pas de rencontres systématiques. En clinique externe, il n'existe pas d'équipe interdisciplinaire formelle. Dans l'état de situation, on souligne aussi qu'il y a lieu de mieux définir les notions d'équipes locale et régionale ainsi que le concept d'intervenant pivot.

En ce qui concerne la continuité des services, on souligne que des améliorations sont à apporter au regard des communications et de la concertation entourant l'élaboration des plans de traitement, de manière à faciliter le travail d'équipe et le suivi du patient. De la même façon, des relations plus étroites devraient être établies entre les établissements et le milieu communautaire. Cependant, des liens se sont créés entre les centres hospitaliers et les CLSC, et plusieurs CLSC offrent maintenant un

accès plus facile aux personnes atteintes du cancer. Selon les renseignements obtenus auprès des décideurs, on souhaite que les corridors de

service soient davantage fonctionnels. La région régionale suggère quelques solutions, par exemple : mettre en place un système de prise en charge par le médecin de famille, répartir équitablement les ressources entre les spécialités, proposer aux patients des mesures concernant le soutien et l'orientation vers les ressources appropriées dès l'étape du diagnostic et désigner une personne-ressource.

Tableau 127. 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 la Chaudière-Appalaches, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	24,7	26,2
Pathologie	8,9	8,2
Chirurgie générale	22,6	22,3
Médecine interne	18,3	18,1
Hématologie	3,2	1,0
Oncologie médicale	5,7	6,1
Radiothérapie	2,8	1,7
<b>Total des spécialités</b>	<b>356,1</b>	<b>340,1</b>
Médecine générale	347,1	374,6

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*.

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

Les soins palliatifs sont bien organisés dans la région de la Chaudière-Appalaches. En effet, 36 lits sont réservés pour de tels soins, dont 24 en CHSLD, 2 à l'unité des soins palliatifs du Centre hospitalier de la région de l'Amiante, et 2 autres à l'Hôtel-Dieu de Montmagny. De plus, la résidence spécialisée Catherine-de-Longpré, avec ses 8 lits, a accueilli 145 personnes en 2000-2001. On y trouve une équipe interdisciplinaire qui inclut un psychologue et des bénévoles. À l'Hôtel-Dieu de Lévis, de dix à quinze lits servent aux personnes en fin de vie, sans toutefois leur être réservés. Dans les centres

hospitaliers, les équipes qui assurent les services de soins palliatifs ont également d'autres tâches, sauf au Centre hospitalier de la région de l'Amiante où une équipe est assignée à ces soins. Dans huit des onze CLSC, une équipe offre des soins palliatifs, mais sans se consacrer uniquement à cette tâche. Les équipes des CHSLD, complètes, incluent des animateurs de pastorale et des bénévoles.

Le suivi médical est fait dans cinq des neuf CLSC, d'après les questionnaires utilisés pour la collecte de l'information. Les soins infirmiers, les services psychosociaux, l'ergothérapie, la physiothérapie et le gardiennage sont fournis par l'entremise des soins à domicile offerts par les CLSC. Les temps d'attente sont très courts. Une partie de la ville de Lévis possède un système bien organisé de garde médicale 24 heures par jour, 7 jours par semaine, auquel participent environ 25 médecins. Il existe peu d'ententes formelles entre les établissements pour des demandes d'expertise. Cependant, la Maison Michel-Sarrazin est régulièrement sollicitée pour son expertise globale. Dans l'état de situation, on souligne le manque de connaissances relatives au soulagement de la douleur, le manque de disponibilité des équipes médicales dans certaines parties du territoire et l'embarras de certains médecins quand un patient choisit de mourir à domicile. On mentionne que le travail des bénévoles est peu considéré dans les établissements, à l'exception des CHSLD. Enfin, on rapporte qu'il manque de lieux d'hébergement à moyen terme pour les personnes qui n'ont plus qu'entre trois et six mois à vivre.

## ***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 qui se rapportent 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 Direction de santé publique voit à la surveillance des données sociodémographiques et à celle des taux d'incidence et de mortalité.

### ***La formation***

Un colloque annuel est organisé dans la région et on y fait preuve de dynamisme en ce qui concerne les activités de formation continue. Ces activités concernent différents thèmes liés à l'oncologie et s'adressent à différentes catégories de professionnels de la santé. En revanche, peu de membres des cliniques externes ont une formation en oncologie. Autre lacune : la formation n'est pas harmonisée à l'échelle de la région et n'est pas offerte de façon continue.

### ***La recherche***

L'Hôtel-Dieu de Lévis a une vocation universitaire et on y mène plusieurs activités de recherche,

surtout des essais cliniques. De plus, ce centre a participé au projet DRI-OQ (Dossier réseau informatisé en oncologie au Québec), à certaines recherches portant sur les besoins des patients et des professionnels de la santé.

### ***La gestion de la qualité***

Un comité de révision des cas a été formé dans un centre hospitalier où l'équipe du service d'oncologie tient des discussions de cas. Deux cliniques externes ont adopté des protocoles particuliers à chaque type de traitement. Des protocoles de chimiothérapie ont été mis au point dans chaque centre hospitalier, et ce, pour chaque type de cancer. Dans la majorité des CLSC, on observe un protocole de soins palliatifs.

### ***L'évaluation***

Aucune ressource de la région régionale n'est affectée à l'évaluation. Toutefois, trois des quatre centres hospitaliers évaluent leurs pratiques et la satisfaction des patients.

Par suite de la diffusion du *Programme québécois de lutte contre le cancer*, le comité régional de lutte contre le cancer a été formé en mars 2001. Le comité comprend des intervenants des milieux hospitaliers, de la région régionale et des organismes communautaires ainsi qu'un représentant des personnes atteintes du cancer.

