



LA LUTTE CONTRE LE CANCER
DANS LA RÉGION DE LAVAL

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE LAVAL

LE PROFIL SOCIO SANITAIRE

Selon le recensement de 2001, la population de la région de Laval comprend 343 005 personnes ; elle a augmenté de 4 % par rapport au recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Pour les personnes de 65 ans et plus, la hausse atteint même 22 % ; ces personnes forment 13 % de la population de la région, une proportion similaire à celle de l'ensemble du Québec. Les conditions socio-économiques dans la région indiquent une situation plus favorable qu'ailleurs au Québec (Pageau et autres, 2001). Le revenu moyen se situe au deuxième rang, le taux de chômage et la proportion des prestataires d'assistance-emploi sont moindres, tandis que le pourcentage des diplômés universitaires se situe au même niveau que la moyenne provinciale.

Selon une enquête effectuée en 2000-2001 à l'égard des principaux facteurs de risque ou de protection concernant le cancer – excès de poids, consommation de fruits et de légumes, tabagisme, consommation d'alcool et activité physique –, un résident de Laval sur quatre présente simultanément trois facteurs de risque et plus, une proportion similaire à la moyenne provinciale (Statistique Canada, 2003). En ce qui concerne les habitudes tabagiques, le portrait de la région est un peu meilleur que celui de l'ensemble du Québec, mais une proportion un peu plus élevée de non-fumeurs indiquent être exposés à la fumée secondaire. Enfin, une proportion légèrement plus faible de Lavallois a une perception négative de sa santé.

Pour ce qui est de l'espérance de vie, les hommes de la région de Laval occupent le premier rang au Québec, avec 76,2 ans, et les femmes, le troisième rang, avec 81,5 ans (Pageau et autres, 2001).

La moyenne annuelle des nouveaux cas de cancer en 1994-1998 s'établit à 1 347, pour un taux ajusté d'incidence de 409 pour 100 000 personnes¹. Avec un tel taux, Laval se situe parmi les régions les plus avantagées. Pour les hommes, les taux d'incidence du cancer du poumon et du cancer de la prostate sont inférieurs à la moyenne provinciale.

Pour 1997-1999, le nombre des décès par cancer se chiffre en moyenne à 721 par an. Le taux ajusté de mortalité, tant pour les hommes (276 pour 100 000) que pour les femmes (167 pour 100 000) s'éloigne peu de ceux qui sont observés dans l'ensemble du Québec (280 pour 100 000 et 169 pour 100 000 respectivement). En ce qui concerne les principaux sièges de cancer – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, on constate que les taux de mortalité par cancer du côlon et du rectum pour les hommes et pour les femmes, ainsi que le taux de mortalité par cancer de la prostate sont plus élevés que les moyennes provinciales. Par contre, le taux de mortalité par cancer du poumon pour les hommes est plus faible.

La région compte deux établissements ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) – dont le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval –, un centre de réadaptation, quatre établissements ayant une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et seize, une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou CHSLD (voir la figure 44).

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

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

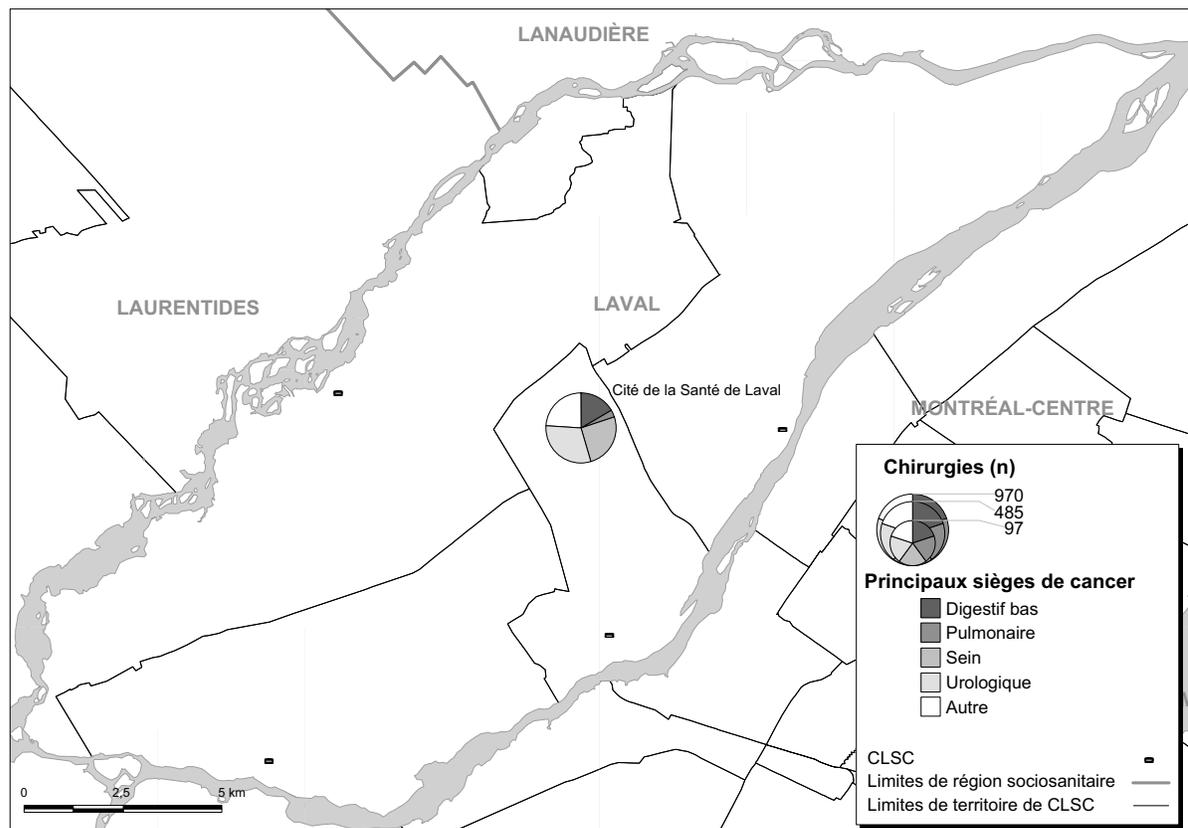
La lutte contre le tabac

Au regard de la lutte contre le tabagisme, diverses activités de prévention se déroulent en milieu scolaire. Selon le cinquième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, six écoles

primaires et deux écoles secondaires ont offert le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* et le programme de prévention *Écoles sans fumée* (voir le tableau 128). Au total, au moins un programme est offert dans près de la moitié des écoles primaires et le quart des écoles secondaires.

C'est en ce qui concerne l'abandon du tabagisme que la région est la plus active. La méthode *Oxygène* est offerte dans tous les territoires de

Figure 44. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés¹ selon les principaux sièges en 2001-2002, région de Laval



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.

CLSC, de même que le programme *Ça vient de s'éteindre* dans les écoles secondaires, tous deux en version individualisée et de groupe (voir le tableau 129). Un projet pilote est en cours, par lequel on invite les médecins en pratique privée à adresser leurs patients à des intervenants spécialisés. Le Centre cardiovasculaire de Laval offre aussi le programme *J'arrête pour la vie*. Les intervenants de la région déplorent toutefois le peu de liens entre le secteur de la prévention-promotion et, d'une part, les médecins de première ligne et, d'autre part, l'oncologie

clinique. Dans l'état de situation, on soulève également la faible participation des pharmaciens à la lutte antitabac.

En ce qui concerne la promotion de la cessation de la consommation de tabac, on diffuse dans la région un répertoire des services ainsi que des annonces publicitaires. À signaler

également : une campagne d'affichage dans les organismes communautaires, des kiosques d'information et la promotion de la méthode *Oxygène* dans les médias.

Tableau 128. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de Laval, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	33/77	11 %
Écoles secondaires	7/28	18 %

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

Tableau 129. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de Laval, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
Méthode de groupe			
Méthode <i>Oxygène</i>	CLSC	4/4	Fumeurs en général
Groupe de soutien pour récents ex-fumeurs	CLSC : bénévoles spécialement formés	1/4	Récents ex-fumeurs
Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC et milieu scolaire	4/4	Adolescents fumeurs
Groupes en milieu communautaire	OSBL	1/4	Clientèle des organismes communautaires
Counseling individuel			
Counseling médical antitabagique	Médecins formés	4/4	Patients des médecins
Projet pilote - Clinique médicale privée : counseling bref	Professionnels de la santé de cette clinique	1/4	Patients de la clinique
Projet pilote - Clinique médicale privée : counseling intensif	Intervenante spécialisée	1/4	Personnes envoyées à la clinique
Méthode <i>Oxygène</i>	CLSC	4/4	Fumeurs en général
Programme <i>À Laval, on fait un tabac</i>	Professionnels de la santé et intervenants du réseau	4/4	Clientèle de ces professionnels et intervenants
Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	CLSC en milieu scolaire	4/4	Adolescents fumeurs

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

Trois projets de recherche sont en cours : le premier, concernant la prévention chez les jeunes de première et deuxième années du secondaire, sert à évaluer le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée*, le deuxième, portant sur la cessation de la consommation de tabac chez les adultes, consiste à évaluer la méthode *Oxygène* et le troisième vise à évaluer un projet pilote de soutien au counseling anti-tabagique offert dans une clinique médicale privée.

L'alimentation

En matière d'alimentation, les activités sont organisées dans une optique de promotion de la santé. Le projet *École en santé*, en cours dans seize écoles en 2002-2003, ne porte pas seulement sur l'alimentation et c'est la direction de l'école qui détermine les priorités. Dans le milieu communautaire, on cherche à améliorer la sécurité alimentaire et à briser l'isolement par des cuisines collectives. En outre, dans un CLSC, on diffuse le programme d'alimentation pour les personnes âgées *Bien manger et rester en santé*, en vue d'atténuer les barrières à une saine alimentation et de faire la promotion de menus variés.

L'environnement

Un programme d'intervention s'intéresse à la prévention des maladies professionnelles liées à

l'exposition à l'amiante. On mène aussi une évaluation qualitative des écoles dont l'isolation est faite de matériaux contenant de l'amiante.

Au chapitre de la protection contre les rayons ultraviolets, la Direction de santé publique fait un suivi des campagnes provinciales et nationales en plus de proposer des activités ponctuelles, par exemple des renseignements sur les moyens de se protéger du soleil transmis aux camps de jour municipaux ou des messages qui peuvent être entendus pendant la période d'attente quand on téléphone dans les CLSC.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été mis en œuvre le 14 septembre 1998. Pour une population cible d'environ 40 000 femmes de 50 à 69 ans², on compte dans la région deux centres de dépistage désignés (CDD), localisés dans des cliniques privées de radiologie, et un

centre de référence pour investigation désigné, ou CRID (voir le tableau 130). Environ 75 % des femmes de Laval passent leur mammographie dans la région.

Le délai de moins de 30 jours pour le dépistage est difficile à respecter

et, au 31 mars 2002, un des deux CDD n'y arrivait plus, notamment en raison de la pénurie de person-

Tableau 130. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID) de la région de Laval

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Laval	Radiologie Concorde ¹	✓	
Laval	Diagnostic Image inc./ Radiologie Saint-Martin ¹	✓	
Laval	Hôpital Cité de la Santé de Laval		✓

1. Clinique de radiologie privée.

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

2. Au 25 novembre 2001.

nel. Le délai recommandé de 12 jours entre le dépistage et le début de l'investigation était également impossible à respecter pour le CRID.

Le taux de participation au PQDCS est de 42 % 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 et 2000, le taux de mammographie global – qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic –, est de 63 % 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 de 77 % tandis que les taux de référence pour investigation se chiffrent à 13 % après la mammographie initiale et à 10 % après les suivantes.

Pour ce qui est des mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité, le comité de révision des cas, formé dès le début du PQDCS, réunit des chirurgiens, des pathologistes ainsi que des radiologistes des CDD et du CRID quatre fois par an. Cependant, les difficultés que connaît le système d'information pour produire les données relatives à l'investigation constituent un problème majeur qui empêche d'évaluer certaines composantes du programme.

L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

En matière d'investigation et de traitement, on a innové dans la région en se dotant d'une programmation régionale des services ambulatoires. Dans ce cadre, sept mesures ont été établies pour

améliorer les soins et les services offerts aux personnes atteintes du cancer. Trois d'entre elles sont mises en application : la première a trait au suivi systématique des patientes après une chirurgie pour un cancer du sein, la seconde concerne l'intensification des soins palliatifs à domicile et la troisième vise la chimiothérapie en perfusion continue à domicile. Les quatre autres mesures prévues sont l'instauration d'un centre régional d'oncologie, la création d'un registre des cancers et les suivis systématiques des patients après une chirurgie pour un cancer colorectal ou un cancer de la prostate. Par la première mesure, on a réussi à diminuer de 20 % la durée moyenne du séjour à l'hôpital.

L'investigation

L'investigation se fait généralement en consultation externe. Dans l'état de situation, on mentionne de nombreuses lacunes, surtout dans le cas du cancer colorectal. Il s'agit, entre autres, des longues attentes pour une consultation en gastro-entérologie et du manque d'accessibilité à une endoscopie ou à certains examens radiologiques, comme le lavement baryté à double contraste. On souligne également le manque d'information et de soutien des omnipraticiens au moment d'entreprendre l'investigation diagnostique qui précède la prise en charge des patients par les spécialistes. On rapporte aussi la pénurie de médecins de famille ainsi que l'absence de liens entre la première et la deuxième ligne. Néanmoins, les efforts constants du personnel des services diagnostiques pour donner la priorité aux patients en oncologie permet de combler en partie ces lacunes.

Tableau 131. Hospitalisations¹ pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de Laval

	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	2 119	26	ND	ND
2001-2002				
Cancer digestif bas	319	50	234	32
Cancer pulmonaire	398	48	301	36
Cancer du sein	203	48	128	24
Cancer urologique	345	50	238	28
Ensemble des sièges	2 108	45	1 373	31

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

ND Non disponible

CHSGS Centre hospitalier des soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

L'hospitalisation et la chirurgie

Le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations de résidents effectuées dans la région, s'améliore depuis 1994-1995, mais demeure faible par rapport aux autres régions périphériques de Montréal puisqu'il s'éleve à 45 % en 2001-2002 (voir le tableau 131). Pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents – cancer digestif bas, cancer pulmonaire, cancer du sein et cancer urologique –, le taux de rétention est plus élevé, mais il ne dépasse pas 50 %. La population de Laval reçoit une bonne part des services dont elle a besoin à Montréal. En contrepartie, la Cité de la Santé de Laval reçoit un grand nombre de patients venant de l'extérieur de la région comme en témoigne le taux d'attraction de

31 % établi pour l'ensemble des cancers. Il faut souligner que l'hospitalisation est en général réservée aux cas les plus sévères ; les traitements ambulatoires, qui constituent une bonne part des traitements contre le cancer, ne figurent pas dans les statistiques présentées ici.

Tableau 132. Chirurgies¹ et hospitalisations² à la Cité de la Santé de Laval et taux d'attraction pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Chirurgies pour l'ensemble des cancers		Hospitalisations pour l'ensemble des cancers	
Chirurgies (n)	Taux d'attraction (%)	Hospitalisations (n)	Taux d'attraction (%)
891	31	1373	31

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

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

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

En 2001-2002, les 1 373 hospitalisations relatives à un cancer ont été effectuées dans le seul centre hospitalier de soins de courte durée de la région, la Cité de la Santé de Laval (voir le tableau 132).

En ce qui concerne les chirurgies, on enregistre des volumes d'activité notables pour le cancer digestif bas, le cancer du sein et le cancer urologique, mais un volume très bas pour le cancer pulmonaire (voir le tableau 133).

Tableau 133. Chirurgies¹ à la Cité de la Santé de Laval et taux d'attraction selon les principaux sièges, 2001-2002

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 (%)
148	32	30	33	227	30	272	31

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

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Avec un réel souci de la qualité des soins, on veut offrir dans la région le plus possible d'activités ambulatoires afin de réserver l'hospitalisation aux cas qui l'exigent. De plus, pour réduire la durée du séjour à l'hôpital, une programmation d'activités comprenant le suivi à domicile a été établie ; elle couvre toute la période de traitement, c'est-à-dire avant, pendant et après l'hospitalisation.

La chimiothérapie

La médecine ambulatoire étant favorisée dans la région, la presque totalité des traitements de chimiothérapie sont donnés au service de consultation d'hémo-oncologie de la Cité de la Santé de Laval, qui est la principale porte d'entrée pour obtenir des soins en oncologie. L'équipe comprend huit hémo-oncologues, ayant des champs d'intérêt variés et complémentaires, deux pharmaciens, en équivalent temps complet, spécialisés en oncologie et des infirmières. Cette équipe prend en charge non seulement les patients en phase curative n'ayant pas de médecin traitant pour effectuer le suivi après le traitement, mais aussi des patients

en phase palliative active. L'équipe a besoin de nouvelles ressources, notamment des pharmaciens, pour répondre aux besoins croissants des services externes, le volume des activités ne cessant d'augmenter depuis quelques années. Toutefois, d'après l'état de situation, le temps d'attente pour une consultation avant la chimiothérapie demeure acceptable.

La radiothérapie

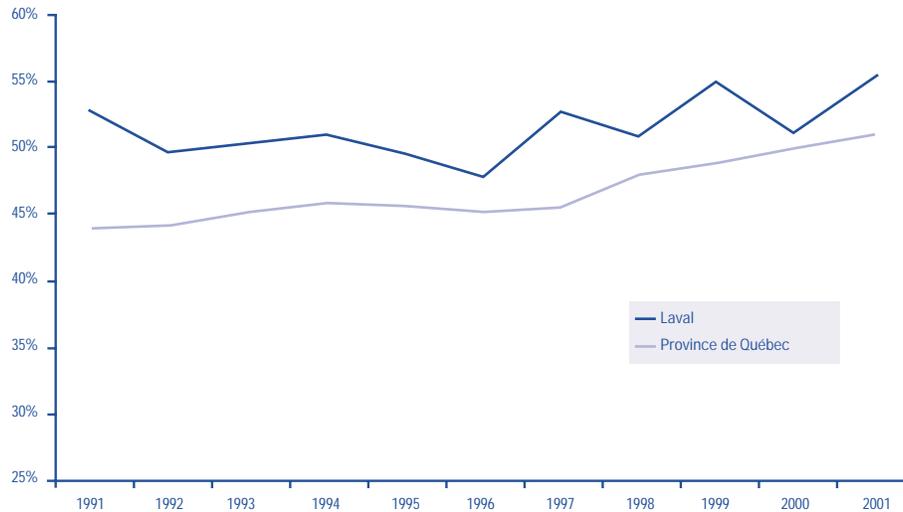
Il n'existe pas de département de radio-oncologie dans la région. En 2001, 63 % des 910 patients³ de Laval ont été traités à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 12 % à l'Hôpital général de Montréal, 10 % à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM, 8 % à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et 5 % à l'Hôtel-Dieu du CHUM.

D'après la figure 45, l'indicateur portant sur l'accès aux services en radio-oncologie⁴ est relativement stable ; depuis 1991, il a toujours dépassé le taux provincial.

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.

Figure 45. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de Laval



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

Le soutien

Les services de soutien sont offerts en milieu hospitalier, dans les CLSC, par les organismes communautaires et par le médecin de famille. La Cité de la Santé de Laval propose des services d'évaluation, d'intervention et d'accompagnement psychosocial. L'équipe d'oncologie psychosociale du programme *ONCO-VIE* évalue d'abord les besoins des personnes atteintes du cancer et ceux de leurs proches puis y répond. À tout moment, du diagnostic jusqu'en fin de vie, les patients, hospitalisés ou non, peuvent recevoir ces services. En outre, les bénévoles offrent l'accompagnement aux personnes hospitalisées.

Les CLSC fournissent eux aussi des services d'évaluation, d'intervention et d'accompagnement psychosocial, associés surtout aux services de soutien à domicile. Les services psychosociaux ne

sont toutefois pas suffisants, étant donné le peu de ressources humaines et la hausse des demandes pour l'ensemble des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

De plus, les CLSC offrent des services de soutien aux personnes atteintes du cancer et à leurs familles par l'entremise d'intervenants comme les auxiliaires familiales, en collaboration avec les organismes communautaires pour le transport, l'accompagnement et les visites d'amitié, ou encore grâce à la Coopérative de soutien de Laval pour l'entretien ménager.

Les organismes communautaires, entre autres l'Association d'Entraide Ville-Marie, Lumi-vie et la Société canadienne du cancer, offrent soutien affectif, suivi du deuil, formations pour les bénévoles et les intervenants, prêt d'équipement et, par l'intermédiaire de préposés et de bénévoles, trans-

port, visites d'amitié et services d'hygiène. En outre, deux groupes à vocation spécialisée se sont formés : le Groupe de soutien de Laval pour les hommes atteints du cancer de la prostate et le Groupe de soutien et d'entraide aux femmes atteintes du cancer du sein.

Malgré tout, les ressources ne suffisent pas et les intervenants se voient souvent dans l'obligation de

réduire l'intensité des services. En outre, une partie des patients qui auraient besoin des services ne peuvent les obtenir. Afin de cibler les lacunes et de trouver des solutions, un groupe de travail sur le soutien psychosocial en oncologie a été créé. Il relève du

comité régional de lutte contre le cancer et son mandat est de concevoir un modèle d'organisation permettant la prise en charge des patients dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie, comme le recommande le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC).

Enfin, l'Hôpital juif de réadaptation offre des services aux personnes atteintes de diverses formes de cancer – sein, prostate, système digestif, tumeurs cérébrales ou autres. Au cours de 2001-2002, 24 personnes ont été admises avec un

diagnostic primaire de cancer et 44 autres, avec un diagnostic secondaire. Comme il n'existe pas de programme de réadaptation en oncologie à cet hôpital, les patients sont admis au programme musculosquelettique ou au programme de neurologie, selon les fonctions physiques ou cognitives affectées. Ils reçoivent des services de chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire.

Tableau 134. Nombre de médecins¹ pour 100 000 personnes, région de Laval et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour la région de Laval	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	75	94
Spécialistes	54	94
Total	129	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.

Les effectifs médicaux

Le tableau 134 présente le nombre de médecins pour 100 000 personnes qui pratiquent dans la région. On note qu'à la fois le taux d'omnipraticiens et celui des spécialistes sont nettement

sous la moyenne provinciale en 2002. La population de Laval consulte pour une large part dans la région de Montréal et, en contrepartie, la région accueille un certain nombre de personnes venant des autres régions.

Tableau 135. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1^{er} février 2003, région de Laval

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	11	1
Pathologie	5	0
Chirurgie générale	11	0
Médecine interne	1	1
Hémo-oncologie	8	0

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

Le tableau 135 illustre la situation des effectifs médicaux de certaines spécialités au 1^{er} février 2003. Un poste est à combler en médecine interne et un autre, en radiologie.

Le tableau 136 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux 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). Sauf pour la chirurgie générale et la médecine interne, la consommation réelle des services correspond aux prévisions ou les dépasse. C'est donc que ces services demeurent accessibles aux résidents de Laval, comparativement à l'ensemble du Québec, et ce, malgré les effectifs restreints.

lymphomes, un corridor de service avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont permet d'y faire effectuer les études spécialisées.

Tableau 136. Comparaison de la consommation attendue¹ et de la consommation réelle des services médicaux selon les spécialités liées à l'oncologie, région de Laval, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	22,0	22,4
Pathologie	7,9	8,1
Chirurgie générale	20,0	18,7
Médecine interne	16,1	9,2
Hématologie	2,9	2,8
Oncologie médicale	5,1	7,1
Radiothérapie	2,5	2,4
Total des spécialités	315,0	334,3
Médecine générale	304,5	303,8

1. La consommation attendue est calculée en utilisant comme référence le profil provincial de consommation, pondérée 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*.

Dans l'état de situation, on note aussi une systématisation des approches en oncologie, comme en témoignent le comité des thérapies du cancer, les protocoles de chimiothérapie uniformisés, l'équipe interdisciplinaire et la participation de plusieurs organismes aux activités dans le domaine. La région ne compte pas encore d'intervenant pivot, mais cela est prévu.

L'intégration des services

Du fait que la région de Laval fournit des services à un grand nombre de personnes venant de régions limitrophes plus au nord et que son taux de rétention est faible, la coordination interrégionale exige qu'on y consacre beaucoup d'efforts.

Puisqu'il n'existe pas de département de radiothérapie, un corridor de service a été établi avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal et un autre, avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal pour les cas de cancer du poumon étant donné qu'aucun chirurgien thoracique ne pratique à Laval. De même, pour les leucémies et les

LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

L'organisation des soins palliatifs est bien structurée. En effet, une unité de douze lits regroupés est réservée aux soins palliatifs à la Cité de la Santé de Laval. Une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, incluant des représentants du culte et des bénévoles, y est présente et l'intérêt de ces personnes pour l'humanisation des soins est très grand. La formation du personnel infirmier et des bénévoles est organisée de façon systématique. L'équipe reçoit en outre une formation continue deux fois par mois.

Les CLSC sont l'unique porte d'entrée pour les nouvelles demandes en soins palliatifs dans la région. En vertu d'une entente entre la régie régionale, les quatre CLSC et l'Association d'Entraide Ville-Marie, les CLSC reçoivent les demandes, les évaluent et fournissent les services ou orientent les patients vers cette association.

Les CLSC donnent les services de soins palliatifs par l'intermédiaire d'une équipe interdisciplinaire qui regroupe infirmière, médecin, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, pharmacien et auxiliaire familiale et sociale.

L'Association d'Entraide Ville-Marie offre des services de soins infirmiers et des services d'aide à domicile. Elle a recours aux services des CLSC, en complémentarité, quand elle ne peut répondre aux besoins de ses clients, soit parce que la demande est trop forte ou parce que ce sont des services qu'elle ne fournit pas. Lumi-vie offre pour sa part un suivi du deuil ainsi qu'un soutien aux aidants naturels.

En 1999, un comité régional d'harmonisation des pratiques en soins palliatifs a été formé dans la région. Composé de représentants de chaque établissement ou organisme donnant des soins palliatifs, il assume un rôle de leader et veille à améliorer les façons de faire, à uniformiser les soins et à soutenir la mise en place de nouvelles approches.

Malgré cette panoplie de services, des lacunes subsistent, notamment le manque de temps pour permettre aux membres des équipes de soins palliatifs de faire des visites à domicile.

LE MAINTIEN ET L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ

La présente section fait état des principales activités qui visent à garantir ou à améliorer la qualité des soins et des services concernant 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

Les activités de surveillance relèvent de la Direction de santé publique, qui prépare les tableaux de bord à partir des données de Med-Écho, du Fichier des tumeurs du Québec et du Fichier des décès du Québec. Par ailleurs, un système d'information sur la programmation régionale des services ambulatoires est utilisé pour le suivi des patients inscrits.

La formation

Dans cette région, la formation offerte aux bénévoles est bien organisée grâce à la contribution de la Société canadienne du cancer. On offre systématiquement des sessions de formation sur les mesures contenues dans la programmation régionale des services ambulatoires. De même, on forme les bénévoles et le personnel infirmier travaillant à l'unité de soins palliatifs de la Cité de la Santé de Laval. En plus, les professionnels en oncologie (pharmaciens, infirmières et autres) peuvent suivre de multiples formations continues.

La recherche

La Direction de santé publique mène trois projets de recherche en prévention du tabagisme. En outre, depuis 2001, des recherches sur des traitements en oncologie se déroulent en milieu hospitalier, avec l'appui de sociétés pharmaceutiques. Enfin, un comité d'éthique à la recherche est à l'œuvre.

La gestion de la qualité

Un bottin des protocoles de traitement en chimiothérapie est mis à jour en permanence à l'aide d'une revue critique de la documentation scientifique. Par ailleurs, le comité régional d'harmonisation des pratiques en soins palliatifs est en place depuis 1999.

L'évaluation

L'évaluation du PQDCS relève de la Direction de santé publique.

Dans le domaine de la lutte contre le cancer, la régie régionale élabore un programme régional et s'assure de sa mise en œuvre en suscitant l'engagement de tous ses partenaires. Dans ces tâches, elle est assistée par le comité régional de lutte contre le cancer, qui regroupe douze personnes venant des milieux institutionnels, un représentant des OSBL et une personne atteinte du cancer. Un groupe de travail sur le soutien psychosocial a aussi été formé.

Dans l'optique d'améliorer la coordination des services, on prévoit instaurer un centre intégré de lutte contre le cancer, lequel sera l'autorité régionale en matière de soins en oncologie et aura le mandat de favoriser le travail en réseau avec tous les partenaires actifs dans la lutte contre le cancer.

