



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

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

### **LE PROFIL SOCIO SANITAIRE**

Selon le recensement de 2001, 1 276 385 personnes vivaient en Montérégie, ce qui en fait la deuxième région en importance sur le plan démographique (Institut de la statistique du Québec, 2003). Si, en cinq ans, l'accroissement de la population a été inférieur à 2 %, il est plus marqué dans le groupe des personnes de 65 ans ou plus, qui s'est accru de 15 % et dont la proportion atteint maintenant 12 %. En comparant les conditions socioéconomiques de la région avec celles de l'ensemble du Québec, on constate que la situation de la Montérégie est enviable (Pageau et autres, 2001). En effet, le revenu par habitant est plus élevé, tandis que la proportion des prestataires d'assistance-emploi et le taux de chômage sont plus faibles. Toutefois, la proportion de diplômés universitaires est un peu plus faible que la moyenne provinciale.

Une enquête de santé effectuée en 2000-2001 indique que 24 % de la population de la Montérégie présente trois facteurs de risque ou plus concernant le cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool et sédentarité – alors que ce pourcentage est de 25 % dans l'ensemble du Québec (Statistique Canada, 2003). Les proportions de fumeurs et de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire sont similaires à la moyenne provinciale. À l'instar de la moyenne québécoise, la

proportion des résidents se percevant en mauvaise santé est de 11 %.

L'espérance de vie pour les hommes est plus élevée que la moyenne provinciale (75,3 ans contre 74,6 ans) alors que, pour les femmes, elle est identique à la moyenne qui est de 81,1 ans (Pageau et autres, 2003).

On a enregistré une moyenne de 4 935 nouveaux cas de cancer par an pour la période 1994-1998. Avec un taux ajusté d'incidence de 421 pour 100 000 personnes, la région se situe près de la moyenne provinciale, qui est de 424 pour 100 000 personnes<sup>1</sup>. Le taux d'incidence du cancer du poumon est inférieur à la moyenne pour les hommes (107 contre 116 pour 100 000) mais légèrement supérieur pour les femmes (49 contre 47 pour 100 000).

La moyenne annuelle de décès par cancer est de 2 579 en 1997-1999. Le taux ajusté de mortalité pour les hommes est plus faible que celui de l'ensemble du Québec (273 contre 280 pour 100 000). Pour les femmes, la situation est analogue à celle du Québec (170 contre 169 pour 100 000). Pour les quatre principaux sièges de cancer – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, on observe que le taux de mortalité est plus faible en ce qui concerne le cancer du poumon pour les hommes.

Dans la région de la Montérégie, on compte 10 établissements ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), 19 ayant une mission de centre local de

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

services communautaires (CLSC) et 39, une mission de centre d'hébergement de soins de longue durée, ou CHSLD (voir la figure 50). On y trouve aussi une résidence spécialisée en soins palliatifs, la Maison Victor-Gadbois.

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

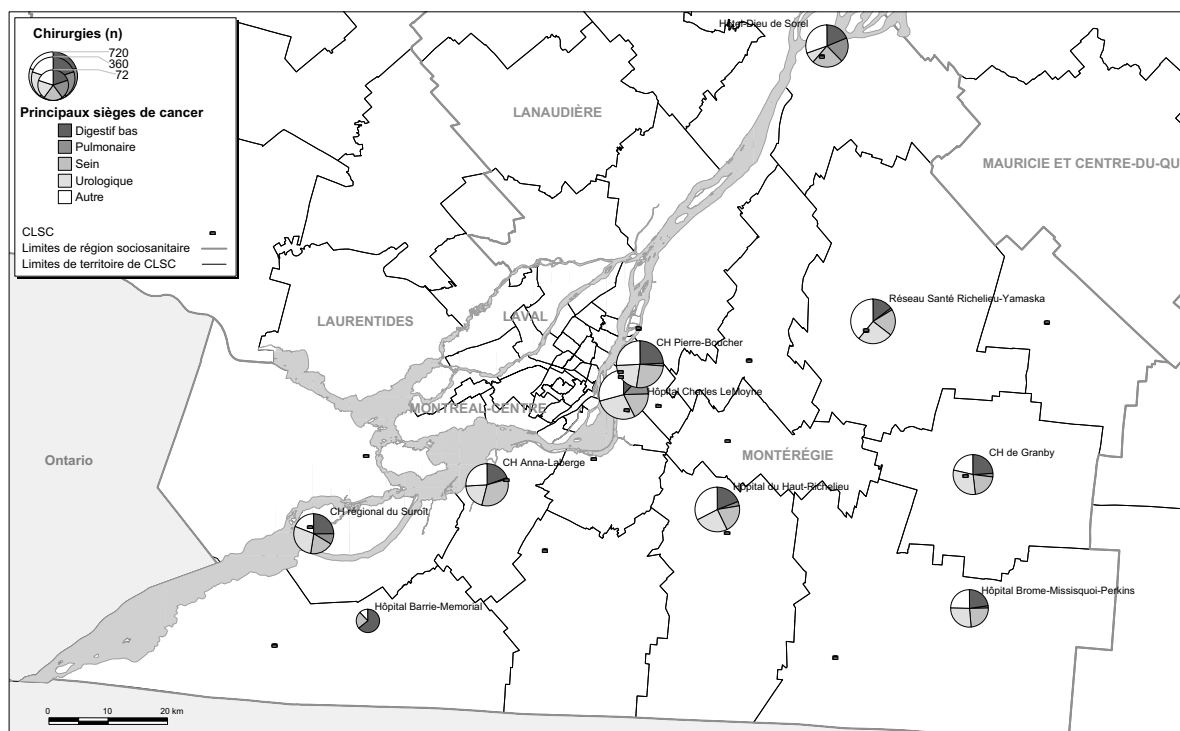
### La lutte contre le tabac

L'action en matière de lutte contre le tabac fait l'objet d'un plan d'action régional depuis 1998. Les

activités de prévention sont bien implantées dans les écoles et les maisons de jeunes : le programme *Méchant problème* a été proposé aux élèves des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années dans 109 des 356 écoles primaires, soit celles où la défavorisation est plus marquée, et il a fait l'objet d'une évaluation. Le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* est offert chaque année dans 56 des 83 écoles secondaires et dans 18 maisons de jeunes. De plus, la tournée *In Vivo* a été présentée dans 7 écoles en 2001-2002 (voir le tableau 155).

Les programmes de cessation de la consommation de tabac, volet de groupe, sont offerts dans presque tous les CLSC et 600 fumeurs en ont bénéficié.

Figure 50. 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 Montérégie



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.

ficié en 2000-2001 (voir le tableau 156). De plus, dans la région, la population participe activement aux activités de promotion de la cessation comme le *Défi J'arrête, j'y gagne !*

Une formation en ce qui concerne le counseling anti-tabagique a été offerte à plus de 200 médecins de première ligne et obstétriciens en 2000-2001. En matière de protection contre la fumée du tabac dans l'environnement, des activités de sensibilisation ont été organisées à l'intention des parents. En connaissance-surveillance, des enquêtes sont effectuées auprès des jeunes sur leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard de la consommation de tabac.

## L'alimentation

De façon générale, on n'applique qu'en partie les mesures proposées par le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) en matière d'alimentation.

On précise dans l'état de situation qu'elles ont peu ou point d'effet à l'échelle de la population car les activités visent surtout des groupes restreints ou à risque. On ne rapporte aucune activité concernant les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires. Quant aux programmes de sécurité

alimentaire, on dit qu'ils garantissent une alimentation de survie, mais pas nécessairement l'accès à des produits ayant une bonne valeur nutritive ni le soutien à des choix sains.

On fait état d'une intervention qui porte sur l'image corporelle ; on veut ainsi réduire les conséquences de la préoccupation des jeunes à l'égard de leur poids en sensibilisant et en formant des intervenants qui travaillent auprès de ces jeunes. Dans le même ordre d'idées, la prévention de l'obésité auprès des jeunes et des personnes âgées se fait par l'intermédiaire des activités et des programmes de Kino-Québec.

Tableau 155. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de la Montérégie, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	109/356	5 %
Écoles secondaires	56/83	26 %

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

Tableau 156. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de la Montérégie, 2001-2002

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
<b>Méthode de groupe</b>			
Groupe d'aide pour cesser de fumer	CLSC	18/19	Fumeurs en général
<b>Counseling individuel</b>			
Counseling individuel par certains animateurs de groupes de cessation tabagique	CLSC	4/19	Fumeurs en général
Médecins	Cliniques médicales et CLSC	19/19	Fumeurs en général

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

## ***L'environnement***

Le plan d'action pour la gestion sécuritaire de l'amiante est appliqué dans les écoles. Dans la région, on mène aussi des campagnes de sensibilisation aux dangers des rayons ultraviolets, notamment auprès des baigneurs dans les terrains de camping ou encore auprès du personnel et des enfants dans les centres de la petite enfance, pour inciter ces personnes à moins s'exposer au soleil.

Étant donné que la Montérégie compte parmi les grandes régions agricoles du Québec, on y sensibilise davantage la population aux dangers des pesticides. On forme les agriculteurs et les utilisateurs commerciaux à l'égard des techniques d'épandage et des solutions de rechange à coût et performance comparables.

On est aussi très attentif à la recherche et à la surveillance de l'état de santé de la population à l'égard des substances cancérigènes comme le radon, les biphényles polychlorés (BPC), les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et les pesticides.

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

Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été mis en œuvre en septembre 1998. La population cible compte environ 148 000 femmes de 50 à 69 ans<sup>2</sup>, réparties sur un

grand territoire comprenant plusieurs sous-régions. L'organisation des services reflète cette diversité. On y dénombre quatorze centres de dépistage désignés (CDD), dont onze en clinique privée de radiologie, et six centres de référence pour investigation désignés (CRID), dont trois sont sur deux sites ; un septième centre attend sa certification pour la mammographie (voir le tableau 157).

Au 31 mars 2002, le délai de moins de 30 jours pour l'accès aux services de dépistage était respecté dans la majorité des CDD. Pour ce qui est du délai de 12 jours entre la mammographie et le début de l'investigation, il dépassait la norme dans trois CRID. La pénurie de ressources est aussi soulignée dans l'état de situation.

Le taux de participation au PQDCS est de 48 % dans la région en 2000-2001, la moyenne provinciale se situant à 43 %. Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 1999 et 2000, le taux de mammographie global – qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic – est de 65 % 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 78 %, tandis que les taux de référence pour investigation se chiffrent à 11 % après la mammographie initiale et à 9 % après les suivantes.

Le comité régional d'assurance de la qualité mène des activités depuis mars 2002.

---

2. Au 25 novembre 2001.

Tableau 157. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de la Montérégie

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Boucherville	Clinique de radiologie Boucherville <sup>1</sup>	✓	
Longueuil	Centre de radiologie Rive-Sud inc. <sup>1</sup>	✓	
Longueuil	Radiologie P.B. <sup>1</sup>	✓	
Saint-Jean	Clinique radiologique du Haut-Richelieu <sup>1</sup>	✓	
Valleyfield	Clinique radiologique de Valleyfield <sup>1</sup>	✓	
Greenfield Park	Clinique de radiologie CLM <sup>1</sup>	✓	
Brossard	Clinique de radiologie Brossard-Saint-Hubert inc. <sup>1</sup>	✓	
Beloil	Clinique radiologique Beloil-Saint-Hilaire <sup>1</sup>	✓	
Tracy	Clinique de radiologie Sorel-Tracy Ltée <sup>1</sup>	✓	
Vaudreuil-Dorion	Centre de radiologie West-Island-Vaudreuil-Dorion <sup>1</sup>	✓	
Granby	Clinique radiologique de Granby <sup>1</sup>	✓	
Granby <sup>2</sup>	CH de Granby		✓
Cowansville <sup>2</sup>	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	✓	✓
Châteauguay	CH Anna-Laberge	✓	✓
Valleyfield	CH régional du Suroît		✓
Saint-Hyacinthe <sup>3</sup>	Réseau Santé Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)	✓	✓
Sorel <sup>3</sup>	Hôtel-Dieu de Sorel		✓
Greenfield Park	Hôpital Charles LeMoine		✓
Longueuil	CH Pierre-Boucher		✓

1. Clinique de radiologie privée.

2. Le CH de Granby et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins forment un CRID.

3. Le Réseau Santé Richelieu-Yamaska et l'Hôtel-Dieu de Sorel forment un CRID.

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

## L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

### L'investigation

En matière d'investigation, les services de laboratoire et de radiologie de base sont offerts dans tous les centres hospitaliers de la région. Dans tous ces établissements, on place en priorité les demandes d'examen radiologique relatives à des cas de cancer de manière à raccourcir les temps d'attente pour les patients suivis en oncologie. Par contre, pour une investigation menée par le médecin de

famille ou une consultation sans rendez-vous, on rapporte de longues attentes dans l'état de situation et les omnipraticiens doivent souvent chercher eux-mêmes un service où leurs patients, chez qui ils soupçonnent fortement un cancer, pourront passer plus rapidement des examens. On fait aussi état du problème de la pénurie d'équipement et de personnel dans le domaine de l'imagerie médicale, surtout pour la tomographie et la résonance magnétique. L'installation d'un appareil de résonance magnétique à l'Hôpital Charles LeMoine permet d'offrir depuis peu le service dans la région, mais le temps d'attente dépasse un an pour les examens non urgents.

## L'hospitalisation et la chirurgie

Depuis quelques années, le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations de résidents effectuées dans la région, connaît une croissance marquée dans l'ensemble des établissements : il est passé de 53 % en 1994-1995 à 64 % en 2001-2002 (voir le tableau 158). Cela se répercute sur le volume des activités de tous les services – imagerie, laboratoire, pharmacie, services de soutien et services ambulatoires.

Pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents, le taux de rétention est encore plus élevé, atteignant 83 % pour le cancer digestif bas. Il varie cependant selon les territoires de CLSC ; ainsi, il est beaucoup plus faible dans les territoires de Vaudreuil-Soulanges et de Brossard-Saint-Lambert. Le taux d'attraction n'est que de 3 %, les centres hospitaliers ne recevant presque exclusivement que les patients de la région.

En 2001-2002, les 5 191 hospitalisations attribuables au cancer ont eu lieu dans les 10 centres hospitaliers de la région, mais principalement à l'Hôpital Charles LeMoine, au Centre hospitalier Pierre-Boucher, au Réseau Santé Richelieu-Yamaska et à l'Hôpital du Haut-Richelieu (voir le tableau 159). Le nombre total de chirurgies s'élève à 3 678, les actes chirurgicaux ayant été pratiqués en plus grand nombre dans ces mêmes centres.

Pour les sièges tumoraux les plus fréquents, les chirurgies ont été effectuées dans la plupart des hôpitaux ; toutefois, le cancer pulmonaire est davantage traité à l'Hôpital Charles LeMoine (voir le tableau 160). Les chirurgies pratiquées dans la région sont en général simples, sauf à cet hôpital où, avec le recrutement d'un chirurgien oncologue, d'un chirurgien thoracique et d'un gynécologue-oncologue, des interventions plus complexes peuvent être effectuées. Les médecins adressent eux-mêmes leurs patients à des collègues et les temps d'attente pour les chirurgies dans les centres spécialisés sont jugés satisfaisants. On note

Tableau 158. 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 Montérégie

	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	8 126	53	ND	ND
<b>2001-2002</b>				
Cancer digestif bas	1 075	83	926	4
Cancer pulmonaire	1 253	71	933	5
Cancer du sein	907	72	676	3
Cancer urologique	1 286	66	884	3
Ensemble des sièges	7 745	64	5 191	4

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.

que, pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents, certains établissements ont des volumes de chirurgie très faibles, en particulier à l'égard du cancer pulmonaire. À l'Hôpital Barrie Memorial, on n'atteint pas le nombre recommandé par le PQLC de 30 nouveaux cas par an pour le cancer du sein.

### La chimiothérapie

La chimiothérapie est offerte dans tous les centres hospitaliers, sauf à l'Hôpital Barrie Memorial. Le choix des plans de traitement n'est cependant pas uniforme entre les

Tableau 159. Chirurgies<sup>1</sup> et hospitalisations<sup>2</sup> dans les CHSGS de la région de la Montérégie pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n)	Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n)
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	510	718
Hôpital Barrie Memorial	25	80
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	198	315
Hôpital du Haut-Richelieu	428	598
CH de Granby	266	372
Hôpital Charles LeMoine	783	1022
CH régional du Suroît	256	428
Hôtel-Dieu de Sorel	302	348
CH Pierre-Boucher	572	805
CH Anna-Laberge	338	505
<b>Total</b>	<b>3 678</b>	<b>5 191</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.

établissements. La plupart des patients sont traités par l'intermédiaire des services externes et les traitements donnés aux personnes hospitalisées sont la plupart du temps confiés au personnel infirmier des unités, généralement peu formé en oncologie. L'infirmière pivot, l'infirmière de la clinique externe ou le pharmacien fournissent alors un soutien au personnel traitant.

D'après l'état de situation, neuf des quatorze CLSC ayant répondu à la demande d'information collaborent à des traitements de chimiothérapie.

Tableau 160. Chirurgies<sup>1</sup> effectuées dans les CHSGS de la région de la Montérégie selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002

Établissement	Chirurgies (n)			
	Cancer digestif bas	Cancer pulmonaire	Cancer du sein	Cancer urologique
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	76	8	97	130
Hôpital Barrie Memorial	16	0	6	0
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	45	4	47	53
Hôpital du Haut-Richelieu	82	14	87	105
CH de Granby	64	8	56	81
Hôpital Charles LeMoine	94	99	140	221
CH régional du Suroît	64	22	48	73
Hôtel-Dieu de Sorel	57	57	71	25
CH Pierre-Boucher	139	11	149	125
CH Anna-Laberge	66	4	112	68
<b>Total</b>	<b>703</b>	<b>227</b>	<b>813</b>	<b>881</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.



Huit CLSC ont signé des protocoles avec les centres hospitaliers concernant l'administration de certains traitements, mais on rapporte des difficultés : défaut d'uniformité des protocoles, manque de connaissances et de savoir-faire de la part du personnel infirmier pour donner certains traitements de chimiothérapie, absence de médicaments et manque d'expertise des pharmaciens communautaires dans certaines localités pour préparer la médication.

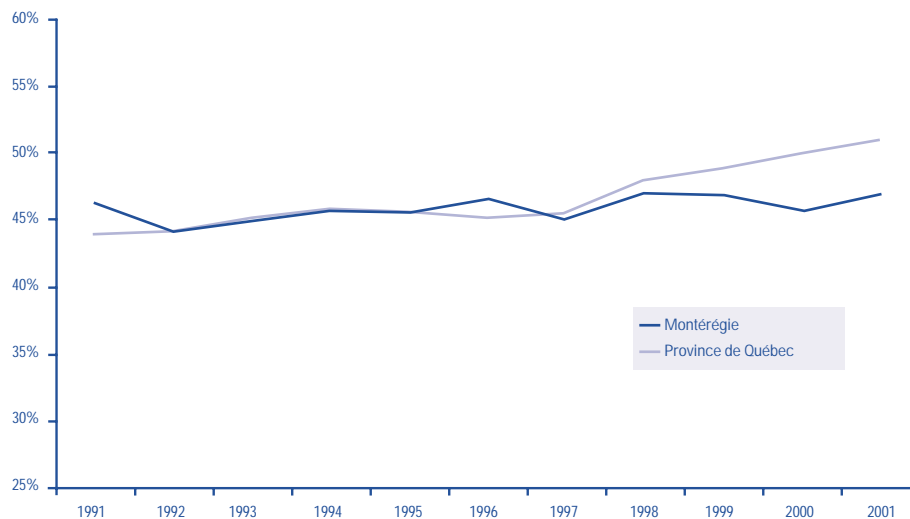
Au cours des derniers mois, des démarches visant l'uniformisation des protocoles, des services offerts et de la formation ont été entreprises dans le cadre de l'implantation du PQLC.

## La radiothérapie

En Montérégie, il n'existe pas de département de radio-oncologie. Toutefois, un projet porte sur la construction d'un centre de traitement au cours des prochaines années.

En 2001, 40 % des 2 712 patients<sup>3</sup> de la Montérégie ont été traités à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM, 18 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 15 % à l'Hôtel-Dieu du CHUM, 13 % à l'Hôpital général de Montréal, 9 % au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et les autres patients, à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

Figure 51. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de la Montérégie



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 civile 2001.

D'après la figure 51, l'indicateur portant sur l'accès aux services en radio-oncologie<sup>4</sup> est plutôt stable, autour de 46 %, entre 1991 et 2001 ; il demeure cependant inférieur au taux provincial depuis 1997.

### ***Les services de soutien***

En ce qui concerne les services de soutien, tous les centres hospitaliers offrent des services psychosociaux, de nutrition, de physiothérapie et d'ergothérapie. Par contre, très peu de ces services sont fournis par des intervenants qui travaillent exclusivement auprès des personnes atteintes du cancer ou qui leur réservent des plages horaires. Les besoins des patients et de leurs proches sont évalués par les intervenants pivots ou les autres membres de l'équipe, qui donnent ensuite certains enseignements à ces personnes et leur offrent la première étape du soutien. Cependant, quand il faut adresser ces personnes à un autre professionnel, une grande majorité d'entre elles n'obtiendront pas de réponse car les ressources sont insuffisantes. Seul le centre régional, l'Hôpital Charles LeMoynes, emploie des professionnels de différents domaines – nutrition, travail social, psychologie – pour s'occuper des patients atteints du cancer et de leurs proches.

Un projet pilote régional est en cours afin d'évaluer les services nécessaires concernant le volet psychosocial et, dans chaque clinique externe, une personne est affectée à cette tâche pour une durée de douze mois.

Trois établissements ont une équipe de bénévoles en oncologie. C'est notamment le cas à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins où l'équipe Diapason, formée de bénévoles très engagés, offre de nombreux services de soutien.

Par contre, les aspects psychosociaux ne sont pas tous pris en considération dans les plans d'intervention préparés pour chacun des patients. Les services de soutien physique ne sont offerts que sur prescription médicale, que les patients soient hospitalisés ou non, et aucun n'est intégré formellement aux épisodes de soins des personnes atteintes du cancer. L'absence d'intervenants psychosociaux et de diététistes qui travailleraient exclusivement auprès des personnes traitées en oncologie retarde la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires dans presque tous les centres hospitaliers.

Néanmoins, pour ce qui est des organismes sans but lucratif (OSBL), les personnes atteintes du cancer peuvent faire appel à plus de 40 organismes communautaires et bénévoles. Les services, pour les patients et leurs proches, sont variés : écoute, information ou soutien moral, accompagnement et transport pour des examens diagnostiques ou des traitements, services de répit ou de gardiennage, visites à domicile ou en milieu hospitalier et suivi du deuil.

### ***Les effectifs médicaux***

Le tableau 161 montre le nombre de médecins pour 100 000 personnes dans la région. On constate que

4. Le calcul de l'indicateur est expliqué à la note 6 de la section 2.5 du présent document. Selon des études internationales, environ 50 % des patients ont besoin de traitements de radiothérapie au cours de leur maladie.

le taux des omnipraticiens, comme celui des spécialistes, est nettement sous la moyenne provinciale en 2002. La population de la Montérégie consulte de ce fait pour une bonne part dans la région de Montréal.

Le Centre hospitalier Charles LeMoine compte le plus grand nombre de spécialistes, suivi du Centre hospitalier Pierre-Boucher et de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Le tableau 162 illustre les effectifs dans quelques spécialités au 1<sup>er</sup> février 2003. Des postes sont à combler en radiologie et en médecine interne. Dans l'état de situation, on signale la précarité des effectifs en hématologie au palier local puisque certains centres hospitaliers ne dépendent que d'un seul spécialiste en ce domaine.

Le tableau 163 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux de la Montérégie 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). Pour le total des spécialités, et surtout pour la médecine interne et la radiothérapie, la consommation est un peu

inférieure à la prévision. Cela pourrait signifier des problèmes d'accès à ce type de services dans la région, comparativement à la moyenne du Québec.

Tableau 161. Nombre de médecins<sup>1</sup> pour 100 000 personnes, région de la Montérégie et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour la Montérégie	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	81	94
Spécialistes	54	94
<b>Total</b>	<b>135</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.

### *L'intégration des services*

En ce qui concerne l'investigation et le traitement, la planification régionale a été faite avec l'objectif de bâtir un réseau englobant les dix centres hospitaliers

et les dix-neuf CLSC. C'est dans ce contexte que des intervenantes pivots ont été recrutées dans chaque clinique externe d'oncologie, afin d'assurer la coordination soutenue des activités concernant la lutte contre le cancer dans la région. L'intervenante pivot rencontre chaque nouveau patient et évalue, à l'aide d'outils standardisés pour

l'ensemble de la région, sa situation bio-psycho-sociale. Au besoin, elle l'oriente vers d'autres ressources et le présente à l'équipe interdisciplinaire. Elle joue le rôle de personne-ressource que le patient contacte pour toute question sur les symptômes liés au traitement

et sur l'organisation des services. Elle évalue ses problèmes et le conseille sur les démarches à entreprendre. Ces intervenantes ont toutes reçu

Tableau 162. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1<sup>er</sup> février 2003, région de la Montérégie

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	48	2
Pathologie	19	0
Chirurgie générale	51	0
Médecine interne	39	0
Héματο-oncologie	17	0

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

une formation de base commune, elles participent à un processus de formation continue et elles préparent un certificat en oncologie. Elles ont aussi créé des liens avec leur CLSC respectif et des travaux sont en cours afin de trouver des moyens pour que le patient reçoive en continuité les services dont il a besoin, peu importe l'établissement où il les reçoit.

Le temps pendant lequel un patient doit attendre à sa sortie de l'hôpital avant d'être pris en charge par les services des CLSC est variable et des difficultés persistent de part et d'autre, occasionnant des retards dans le traitement des demandes et la prestation des services. Il y a également peu de contact entre les intervenants des cliniques externes d'oncologie et les bénévoles du milieu.

Les ententes de service entre les centres hospitaliers de la Montérégie sont peu nombreuses. En l'absence d'ententes écrites entre les établissements, les demandes de consultation se font de façon informelle, par téléphone ou par télécopieur.

Trois centres ont un comité des thérapies du cancer, qui s'occupent de la révision des cas et quatre ont mis sur pied des équipes interdisciplinaires, de

composition variée : l'Hôpital Charles LeMoine, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, le Centre hospitalier de Granby et le Centre hospitalier Anna-Laberge.

Tableau 163. 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 Montérégie, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	82,1	83,1
Pathologie	30,1	29,3
Chirurgie générale	74,7	74,6
Médecine interne	58,5	55,1
Hématologie	10,6	11,8
Oncologie médicale	18,7	19,0
Radiothérapie	9,1	7,5
<b>Total des spécialités</b>	<b>1 184,6</b>	<b>1 150,3</b>
Médecine générale	1 147,9	1 147,2

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

En Montérégie, les soins palliatifs sont peu développés et il manque de ressources pour répondre à la demande. On dénombre 58 lits réservés à ces soins : 15 en centre hospitalier, 31 en CHSLD et 12 à la

Maison Victor-Gadbois, résidence privée spécialisée, qui est financée principalement par des dons. Environ 75 autres lits peuvent être utilisés au besoin dans les divers établissements. Des équipes interdisciplinaires, de composition variable, sont en place dans cinq des dix centres hospitaliers et dans six des huit CHSLD. Quand les services existent, tous peuvent en bénéficier, incluant les enfants. En centre hospitalier, les professionnels des cliniques externes en oncologie peuvent avoir recours à des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs, mais cela demeure exceptionnel.

Dans la communauté, les CLSC offrent des soins palliatifs dans le cadre du programme de soutien à domicile et les personnes en phase terminale ont la priorité. Sans précision sur leur degré d'utilisation,

on sait néanmoins que les services offerts ont trait à l'aide et à l'assistance, au gardiennage, à l'aide domestique, au soutien psychosocial, aux soins infirmiers et aux soins médicaux. Plusieurs organismes communautaires proposent aussi des services d'accompagnement et de soutien à la personne en fin de vie ainsi qu'à ses proches.

Les liens entre les lieux de prestation des services sont plutôt informels. Sauf à Cowansville, il ne se pratique pas d'orientation systématique vers les soins palliatifs dès l'annonce du diagnostic pour les patients dont le pronostic de vie est court. Certains mécanismes informels permettent d'orienter les patients vers des personnes pouvant assurer le suivi à l'extérieur du centre hospitalier.

La Maison Victor-Gadbois accueille annuellement de 160 à 200 personnes en fin de vie. Son équipe comprend 26 personnes travaillant en interdisciplinarité, dont une musicothérapeute, et plus d'une centaine de bénévoles. L'une des grandes missions de la maison est la formation. Dans l'état de situation, on souligne cependant le problème de recrutement des infirmières, notamment à cause des faibles conditions salariales que l'organisme est contraint d'offrir.

## **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 se rapportant 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 l'absence d'un bon système d'information dans les établissements, on n'extrait pas de données standardisées ou informatisées des dossiers des patients, ce qui limite les activités de surveillance des cancers. Un projet de registre des cancers régionaux est à l'étude, de concert avec la région de Montréal. De plus, certaines activités de surveillance du PQDCS sont en cours.

### ***La formation***

L'infirmière clinicienne du Réseau cancer Montérégie a mis récemment en place un volet de formation au Centre intégré de lutte contre le cancer de l'Hôpital Charles LeMoine. Ainsi, les infirmières en oncologie de l'ensemble des centres hospitaliers reçoivent de la formation continue plus structurée. Les infirmières choisies dans certains CLSC ont aussi commencé à suivre cette formation. Les intervenants du projet pilote portant sur les services psychosociaux seront eux aussi formés. On offre aux autres intervenants, une formation sur le travail interdisciplinaire. Des comités régionaux regroupant l'ensemble des professionnels qui travaillent en oncologie, selon leur discipline, sont en voie de création ; on cherche ainsi à améliorer l'échange d'information, d'expérience et d'outils ainsi que l'uniformisation des pratiques à l'échelle de la région.

## *La recherche*

Dans la région, les activités de recherche sont nombreuses, l'Hôpital Charles LeMoynes étant affilié à l'Université de Sherbrooke. Le centre de recherche et l'équipe sont très dynamiques, ils évaluent l'efficacité des programmes ou des activités à l'échelle des populations ainsi que les modes d'intervention en oncologie. Des alliances et des partenariats sont établis entre différentes organisations à l'échelle régionale et provinciale pour mieux orienter ces travaux de recherche.

La Direction de santé publique de la région régionale travaille aussi à divers projets, notamment la faisabilité d'un programme de dépistage systématique du cancer colorectal.

## *La gestion de la qualité*

Trois des huit centres hospitaliers ont formé un comité des thérapies du cancer et le comité régional devrait être mis sur pied bientôt, à la demande des centres qui n'ont pas la possibilité de créer leur comité local. Avec l'arrivée des infirmières pivots et des intervenants psychosociaux, des équipes interdisciplinaires sont en train de se former dans certains centres. Les plans de traitement ne sont cependant pas harmonisés.

Les CLSC ont mis en place plusieurs mécanismes de soutien à la qualité : supervision par une infirmière clinicienne de soins, harmonisation des approches et des techniques en soins palliatifs et rédaction de protocoles internes en collaboration avec les centres hospitaliers.

## *L'évaluation*

Les activités d'évaluation en cours ont rapport au PQDCS ainsi qu'au réseau intégré de soins et de services en oncologie pour la Montérégie ; c'est le centre de recherche du Centre intégré de lutte contre le cancer qui s'en charge.

En Montérégie, l'implantation du PQLC passe par le comité directeur du Réseau cancer Montérégie. Ce comité voit à l'orientation stratégique et à la gestion des activités en collaboration avec tous ses partenaires. Il est assisté par des comités régionaux par spécialité, des comités de programme et le comité régional de lutte contre le cancer ; ce dernier exerce un rôle conseil auprès du comité directeur.