



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

État de situation

sur

l'organisation des services

en oncologie

Mai 2002

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

Prix : 13.00\$

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

Remerciements

Ce document a été réalisé grâce à la participation de plusieurs intervenants et équipes de soins dans les établissements de la région.

Équipe des administrateurs, des médecins et des professionnels :

- Centre universitaire de santé McGill : l'Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Royal Victoria, Hôpital général de Montréal
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal : Hôpital Notre-Dame, Saint-Luc et Hôtel-Dieu du CHUM
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Sainte-Justine
- Centre hospitalier de St. Mary

Madame Carole Lapierre, infirmière-chef, soins intensifs et services ambulatoires, Hôpital général du Lakeshore.

Équipe à la Régie régionale :

- Madame Louise Bélanger
- Madame Michèle Deschamps, Direction de la santé publique
- Monsieur Marc Bourguignon
- Madame Yvonne Streit
- Madame Michèle Bérubé
- Madame Pierrette Rolland
- Monsieur André Cimon
- Dr Francis Méthot

La rédaction est sous la responsabilité de Micheline Lefebvre, responsable du Programme de lutte contre le cancer avec la collaboration de mesdames Élise Lambert, Lise Bélisle, Marie-Josée Clapin et Nicole Léonard, secrétaires, Services multicientèles de courte durée.

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE.....	7
1.1 ORIGINE DE LA DÉMARCHE ET OBJECTIFS VISÉS	7
1.2 DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA RÉGION.....	7
1.3 PRINCIPAUX ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION	9
1.4 MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LA RÉALISATION DE L'ÉTAT DE SITUATION	10
1.5 LIENS ENTRE LA DÉMARCHE RÉGIONALE «CANCER» ET LES INSTANCES DÉCISIONNELLES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE	11
2. PROFIL SOCIO-SANTITAIRE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER	13
2.1 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES GÉNÉRALES	13
2.2 L'INCIDENCE DU CANCER	18
2.3 LE TAUX DE MORTALITÉ.....	20
3. LES VOLETS DU PQLC ET LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES.....	23
3.1 PRÉVENTION ET PROMOTION	23
3.1.1 <i>Tabac</i>	23
Situation actuelle et réalisation	23
Enquêtes et recherches.....	24
Intervention-promotion.....	24
Bilan	24
3.1.2 <i>Alimentation</i>	25
Situation actuelle et réalisation	25
Bilan	25
3.1.3 <i>Environnement</i>	25
Situation actuelle et réalisation	25
Recherches et enquêtes	25
Intervention-promotion.....	26
Bilan	26
3.2 DÉPISTAGE	27
3.2.1 <i>Programme de dépistage du cancer du sein</i>	27
Situation actuelle et réalisation	27
Volume d'activités.....	28
Bilan	30
3.2.2 <i>Dépistage du cancer du col utérin</i>	31
Situation actuelle et réalisation	31
Bilan	32
3.2.3 <i>Autres types de dépistage</i>	33
Situation actuelle et réalisation	33
Bilan	33
3.3 INVESTIGATION, TRAITEMENT ET RÉADAPTATION	33
3.3.1 <i>Situation actuelle et réalisation</i>	33
Équipes selon les sièges tumoraux.....	33
CRID.....	35
Hémato-oncologie.....	36
Oncologie médicale et chirurgicale.....	37
Radio-oncologie.....	38
Évolution des listes d'attente	42
Ressources humaines disponibles en CHSGS et CLSC.....	45
Cheminement du patient	49
OSBL.....	51
Circulation de l'information	51
3.3.2 <i>Bilan</i>	52
3.4 ADAPTATION-SOUTIEN.....	54
3.4.1 <i>Situation actuelle et réalisation</i>	54
3.4.2 <i>Bilan</i>	55
3.5 SOINS PALLIATIFS.....	56
3.5.1 <i>Situation actuelle et réalisation</i>	56
Services en CHSGS	56
Équipes de consultation en CHSGS.....	56
Services ambulatoires en CHSGS.....	57
Accessibilité aux services médicaux et de soutien.....	57
Programme de soins palliatifs en CLSC	57
Programmes connexes en CHSGS et CHSLD	58
Services offerts dans la communauté.....	58
Services offerts par l'Association d'Entraide Ville-Marie (AEVM) et par les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON).....	59
Comité éthique.....	59
Formation de base et continue	59
Modalités d'articulation et liens fonctionnels	59
3.5.2 <i>Bilan</i>	71

3.6	MAINTIEN ET ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DU PQLC	73
3.6.1.	<i>Formation continue</i>	73
	Situation actuelle et réalisation	73
	Bilan	73
3.6.2.	<i>Surveillance</i>	73
	Situation actuelle et réalisation	73
	Bilan	74
3.6.3.	<i>Recherches</i>	74
	Situation actuelle et réalisation	74
3.6.4.	<i>Soutien à la qualité</i>	75
	Situation actuelle et réalisation	75
4.	ANALYSE CRITIQUE DE L'ÉTAT DE SITUATION	77
4.2	VOLET « PRÉVENTION »	77
4.3	VOLET « DÉPISTAGE »	78
4.4	VOLET « TRAITEMENT / INVESTIGATION »	79
4.5	VOLET « ADAPTATION / SOUTIEN ».....	81
4.6	VOLET SOINS PALLIATIFS	82
4.7	MAINTIEN ET ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DU PQLC	82
5.	PERSPECTIVES D'INTERVENTION.....	85
6.	MÉCANISMES DE PRIORISATION.....	85

Portrait de l'organisation des services oncologiques dans la région de Montréal-Centre

1. Contexte

1.1 Origine de la démarche et objectifs visés

En 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, a confié, au Comité consultatif sur le cancer le mandat d'élaborer pour le Québec un programme de lutte contre le cancer (PQLC) devant couvrir tous les volets de l'intervention : la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement et l'adaptation, les soins palliatifs, la recherche et l'enseignement.¹

L'élaboration d'un tel programme implique la définition de l'organisation des services en fonction des besoins des Québécois et de l'amélioration des interventions. Le Programme québécois de lutte contre le cancer doit mettre à profit les compétences et les services existants. Des équipes de travail interdisciplinaire permettront un accès systématique, équitable et uniforme dans toutes les régions du Québec pour l'ensemble de la population. La contribution de tous les intervenants dédiés à cette lutte facilitera la création d'un réseau intégré de services tant au niveau local, régional que suprarégional.¹

À Montréal, le Comité régional de lutte contre le cancer a été mis en place en janvier 2000. Son mandat est d'aviser la Régie régionale relativement à la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région de Montréal-Centre². Les travaux du Comité s'articulent autour de deux axes principaux. Le premier a trait à la planification et à l'organisation des services quant à la prévention, au dépistage, à l'investigation et au traitement approprié dans des délais raisonnables, à l'enseignement et à la recherche. Le second axe vise l'amélioration du fichier des tumeurs.

Dans le cadre de la mise en place du programme de dépistage systématique du cancer du sein, l'équipe de la Direction de la santé publique (DSP) a réuni des femmes de tous âges. De ces « *focus groups* » découle le constat suivant : les personnes s'attendent à être traitées avec respect et dignité. Tout au long du continuum de services, le patient doit être au cœur des préoccupations. Le soutien psychosocial, le suivi posthospitalier et les soins palliatifs sont essentiels aux différentes étapes du traitement tant au point de vue clinique qu'au point de vue humain. Aussi, devons-nous en tenir compte au cours de l'élaboration de la réorganisation des services

Afin de réaliser une partie du mandat du Comité régional de lutte contre le cancer, un sous-comité régional a été formé pour la planification et l'organisation des services. Son mandat est de produire un portrait des services offerts sur le territoire de la région de Montréal-Centre.

1.2 Données générales sur la région

Géographie

La région de Montréal se répartit sur un territoire de 500 km². Une distance de cinquante kilomètres relie les deux extrémités obliques de l'est vers l'ouest. Une trentaine de kilomètres séparent les rives nord et sud. Elle se confond géographiquement à l'île de Montréal.

¹ « Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe ». Programme québécois de lutte contre le cancer. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997

² Liste des membres du Comité régional de lutte contre le cancer à l'ANNEXE 1.

La ville de Montréal est divisée en vingt-neuf arrondissements. La communauté est essentiellement urbaine. On y retrouve une population multiethnique dont une large population francophone (53,3 %) et plus de 46 % d'origine ethnique autre que française, britannique ou canadienne, alors que 18,3 % de la population est de langue maternelle anglaise et 28,4 % d'une autre langue que le français ou l'anglais. Montréal constitue la porte d'entrée et de résidence de 70 % des immigrants du Québec.

Montréal, ville universitaire

Quatre universités offrent des cours d'enseignement supérieur dont deux ont développé des facultés de médecine et de soins infirmiers : l'Université de Montréal et l'Université McGill.

Données démographiques

La Régie régionale de Montréal-Centre doit programmer les services de santé en oncologie pour une population de 1 817 178 habitants (recensement 2000) dont 69 % sont âgés de 15 à 64 ans, 16 %, âgés de 0 à 14 ans et 15 % ont 65 ans et plus. Le taux d'accroissement de la population, de 1991 à 1996, est de moins de 0,4 %. Les taux d'accroissement les plus élevés se situent à 4,2 % chez la population des 65 ans et plus et de 3,2 % chez les 0-14 ans, et on note une diminution de 2,2 % dans la cohorte des 15-64 ans.

Le 15 mai 2001, jour du recensement, le Québec comptait 7 237 479 habitants, soit une augmentation de 98 684 personnes comparativement à cinq ans auparavant. Avec une hausse de 1,4 %, le Québec se situe au cinquième rang des provinces canadiennes, et son poids démographique diminue encore, passant de 24,7 % en 1996 à 24,1% en 2001. Le déclin de la population du Québec se répercute dans six régions mais, par contre, Montréal présente un début de croissance.³

La situation québécoise est toutefois bien particulière au sein de l'ensemble canadien. Selon des données de Statistiques Canada, 82 % de la croissance de la population au Québec est attribuable à son taux d'accroissement naturel, c'est-à-dire au nombre des naissances.³

La population de Montréal représente 25 % de la population du Québec. De plus, les services de soins tertiaires et quaternaires dispensés à Montréal sont consommés par les habitants de la grande région métropolitaine (englobant les régions périphériques) qui compte 2 900 000 personnes, soit 40 % de la population du Québec. Montréal offre aussi des services dits nationaux à toute la population du Québec.

Les revenus personnels disponibles par habitant en 1997 étaient de 18 272 \$ courants dans la région de Montréal versus 16 357 \$ en moyenne au Québec alors que les relevés de 1999 nous présentent des revenus personnels de l'ordre de 25 527 \$ courants dans la région de Montréal versus 23 056 \$ en moyenne au Québec.

Au mois de juin 2001, le taux de chômage, qui s'élevait à 10,1% à Montréal, était plus élevé que celui de l'ensemble du Québec qui atteignait 8,9 %. À Montréal, plus d'un tiers (34,7 %) des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient seules contre 29,8 % pour l'ensemble du Québec.

À Montréal, le pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu (1995) était de 34,8 % tandis que, pour la province de Québec, la moyenne était de 23,4 %. On y comptait 13,1 % des personnes prestataires de l'assurance emploi, comparativement à 8,9 % pour le Québec. Parmi les familles montréalaises, 16,4 % de celles-ci étaient monoparentales avec un enfant contre 11,4 % au Québec.

Les femmes présentent toujours le taux le plus élevé de pauvreté avec 36,2 % en comparaison à 33,3 % chez les hommes. La moyenne provinciale se situe à 21,6 % chez les hommes et à 25,1 % chez les femmes. On peut donc constater que la proportion des femmes et des hommes de la région de Montréal à faible revenu est plus élevée que dans la province et que parmi celle-ci les femmes demeurent les moins bien nanties.

³ Recensement : Le Québec fait du surplace avec une population en hausse de 1,4 %, la décroissance n'est pas loin. Josée Boileau, Le Devoir, le mercredi 13 mars 2002.

1.3 Principaux acteurs de la lutte contre le cancer dans la région

Au niveau régional

À la Régie régionale de Montréal-Centre, une équipe composée de quatre collaborateurs principaux relevant de la Direction de la programmation et coordination et de la Direction de la santé publique travaille à l'élaboration du programme de lutte contre le cancer au niveau dépistage, investigation, traitement et soins palliatifs.

La Direction de la santé publique travaille principalement au niveau épidémiologie-évaluation des services. La rédaction de documents sur le dépistage du cancer du col utérin et le registre des tumeurs est terminée.

Une équipe de sept personnes équivalent temps plein travaille en prévention-tabac. Elle élabore des stratégies afin de diminuer la consommation de tabac auprès de la population en général et plus intensivement auprès des jeunes 9-18 ans.

Au niveau de la nutrition, une équipe de deux personnes s'occupe de la prévention pour sensibiliser la population à l'importance d'une bonne alimentation. Par ailleurs, aucune étude spécifique n'a été réalisée en ce qui concerne l'influence de l'alimentation sur le cancer.

Le secteur environnemental a publié plusieurs études en lien avec l'accroissement du taux de cancer du sein et le lieu de résidence près d'un terrain d'enfouissement. D'autres études ont été réalisées par rapport au milieu de travail et le cancer du poumon.

Au niveau dépistage, le programme de dépistage systématique du cancer du sein a été mis en place en octobre 1998. Le centre de coordination médicale et administrative est localisé à la Direction de la santé publique.

Au niveau des établissements

Quant aux volets diagnostic, évaluation, traitement et soins palliatifs, les 15 centres hospitaliers de la région de Montréal-Centre, dont les deux CHU avec 2-3 sites, sont impliqués dans la production des services en cancérologie à différents niveaux. Ils offrent des services en oncologie aux niveaux local, régional et suprarégional pour quelques-uns d'entre eux. L'ensemble des établissements de courte durée a 5 668 lits dressés dont 689,2 équivalents lits occupés à 100 % en oncologie pour l'année 1999-2000.

Dans le région de Montréal-Centre, on retrouve 122 lits de soins palliatifs répartis dans 11 unités de soins dont dix sont en CHSGS et deux en CHSLD (le CHSLD Champlain – Manoir de Verdun et le Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci). Il n'y a pas de lits dédiés à cette clientèle aux centres hospitaliers Fleury, Lakeshore, Santa Cabrini et Jean-Talon. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, les lits ne sont pas identifiés spécifiquement pour cette clientèle : ils sont polyvalents et dispersés dans l'établissement.

Parmi les CHSLD, six d'entre eux ont développé un programme de soins aux personnes en phase terminale de leur maladie. Ce sont les CHSLD Paul-Lizotte, Ma Maison St-Joseph, CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, Centre d'accueil LaSalle, Centre hospitalier Gériatrique Maïmonides, CHSLD Champlain - Manoir de Verdun.

Les 29 CLSC offrent des soins et des services en posthospitalier et en phase terminale à une clientèle dont un nombre indéterminé souffre du cancer. Les CLSC Côte-des-Neiges, Mercier-Est/Anjou, Pierrefonds et de Rosemont sont les plus sollicités. Parmi l'ensemble des CLSC, cinq d'entre eux n'ont pas d'accessibilité aux services médicaux.

Les centres hospitaliers de réadaptation suivants offrent aussi des services posthospitaliers à la clientèle souffrant d'un cancer : l'Hôpital de réadaptation Lindsay (130 lits), l'Hôpital Marie-Clarac (144 lits), Villa Medica (122 lits), le Centre hospitalier Catherine Booth (84 lits) et le Centre hospitalier Richardson (42 lits). Aucun de ces lits ne sont toutefois consacrés uniquement pour le traitement du cancer.

Au niveau des centres de recherche

Les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers affiliés aux universités et les compagnies pharmaceutiques apportent une contribution non négligeable dans le domaine oncologique.

Au niveau des organismes sans but lucratif

Parmi les organismes sans but lucratif se consacrant principalement au soutien de la clientèle atteinte d'un cancer, notons ceux-ci : L'Entraide Ville-Marie, la Fondation québécoise du cancer, la Société canadienne du cancer, L'espoir, c'est la vie (Hope ans Cope), Le Lampiste, Leucan, La Maison Gilda, l'Organisation montréalaise des personnes atteintes de cancer (O.M.P.A.C), le Programme Belle et bien dans sa peau, les Sceaders Association, la Vie nouvelle, Virage, VON Montréal (Victoria Order Nurses) (Annexe 2).

1.4 Méthodologie utilisée pour la réalisation de l'état de situation

L'état de situation a été réalisé en quatre temps.

1. Tout d'abord, le volet soins palliatifs a été complété en juillet 2000. Les informations ont été recueillies à partir de questionnaires envoyés aux CHSGS, aux CLSC, aux CHSLD et aux organismes communautaires offrant les services à la clientèle en phase terminale de leur maladie.

Ceci est le premier résultat visé dans le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 «Le défi de l'accès», par la mesure 3.1.15, concernant l'amélioration des soins palliatifs. De plus, ce travail s'inscrit dans les objectifs du plan d'action régional concernant la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer, diffusé par le MSSS en octobre 1997.⁴

Le nombre d'hospitalisations et la DMS en soins palliatifs proviennent des données statistiques Med-Écho 1999-2000 et 2000-2001.

2. L'état de situation pour les services oncologiques a été réalisé en deux phases. Une première phase touchait les centres hospitaliers à grand débit.

Les données de base proviennent également de la banque MED-ECHO, des données statistiques AS-478 et des listes d'attente des établissements. Pour compléter la collecte d'information, un questionnaire a été élaboré en fonction des aspects suivants : la prévention, le dépistage, le traitement/investigation, l'adaptation, le soutien et les soins palliatifs, la clientèle desservie, les spécialités offertes et le niveau de services, le fichier des tumeurs, le contrôle de la qualité, le dossier oncologique, les équipes interdisciplinaires, la formation des intervenants et la recherche. (Annexe 3). Ce document a été transmis deux à trois semaines précédant la visite au centre hospitalier et a servi de base de discussion lors de ces visites

Ces visites duraient en moyenne trois heures. Deux heures étaient réservées pour rencontrer les différents professionnels et intervenants de l'établissement et la dernière heure était consacrée à la visite des unités de soins aigus et ambulatoires. Ces rencontres ont été très enrichissantes autant pour les professionnels des établissements que pour le comité de travail de la Régie régionale.

Ces visites ont été effectuées par une équipe de trois personnes. Mesdames Michèle Deschamps, Louise Bélanger et Micheline Lefebvre ont visité les grands centres producteurs de services, soit les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés, les centres hospitaliers pédiatriques et deux centres hospitaliers généraux et spécialisés (CHSGS). Ces établissements représentent 85 % des activités en oncologie. Ces visites ont été effectuées entre le 21 septembre et le 11 décembre 2000.

3. La deuxième phase a permis de visiter les centres hospitaliers suivants : l'Hôpital Santa Cabrini, le Centre hospitalier Verdun, l'Hôpital Jean-Talon, le Centre hospitalier Fleury, le Centre hospitalier de LaSalle et le Centre hospitalier de Lachine. Lors de ces rencontres, des éléments particuliers sont venus enrichir l'état de situation des services

⁴ « Portrait des services existant pour les soins palliatifs », Régie de Montréal-Centre. Louise Bélanger. RRMCM. Juin 2000.

existants en soins palliatifs réalisé un an plus tôt. Ces visites ont été effectuées entre le 11 janvier et le 26 novembre 2001.

4. Une communication téléphonique ou personnelle avec les membres de l'équipe du cancer de la Direction de la santé publique, Régie régionale Montréal-Centre, a permis de développer tout le volet prévention-promotion, dépistage. Une rencontre avec la conseillère responsable du continuum de services avec les CLSC nous a fourni les renseignements quant à la provenance et à la destination des patients atteints de cancer et les services offerts dans chaque CLSC.

Les visites dans les établissements ont eu un effet mobilisateur pour les différents intervenants. Nous pouvions dès lors reconnaître les établissements pour lesquels le dossier de lutte contre le cancer était une priorité au sein de leur organisation.

Deux établissements ont par ailleurs été réticents à nous recevoir. Nous avons dû insister auprès de leur direction générale pour que ces rencontres aient lieu.

1.5 Liens entre la démarche régionale «cancer» et les instances décisionnelles de la Régie régionale de Montréal-Centre

Le Comité régional a déjà reçu la première version de l'état de situation datant de juillet 2001. Des commentaires ont été émis, des corrections ont été apportées. Les membres du Comité régional seront consultés afin de prioriser les interventions et de développer un Plan d'action en conséquence. En septembre prochain, le Comité régional de même que les instances décisionnelles de la Régie régionale seront appelés à se prononcer sur la planification régionale et sur les priorités.

2. Profil socio-sanitaire en matière de lutte contre le cancer

2.1 Données démographiques générales

La région de Montréal subit une croissance démographique de 3,2 % chez la population des 0-14 ans (1991 à 1996) principalement attribuable à l'augmentation des naissances. La catégorie des 15-64 ans a diminué quant à elle de 2,2 %, et la portion des 65 ans et plus présente une hausse de 4,2 %.

La population (1996) de 1 808 188 habitants se répartit comme suit : 21,9 % pour la population des 0-14 ans, 69,9 % pour les 15-64 ans et 14,7 % chez les 65 ans et plus. Pour l'ensemble des trois catégories, la région de Montréal dépasse la moyenne québécoise et présente le pourcentage le plus élevé des personnes âgées de 65 ans et plus.

Tableau 1 – Taux d'accroissement et répartition de la population

Population 1991-1996								
Région	1 Taux d'accroissement 1991-1996 (%)				2 Répartition de la population 1996			
	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	Total	0-14 ans %	15-64 ans %	65 ans et + %	Nb Total
01 Bas-Saint-Laurent	-13,2	2,1	7,7	-0,2	18,4	67,5	14,0	209 209
02 Saguenay – Lac-Saint-Jean	-14,9	1,8	16,1	-0,5	20,1	69,4	10,5	291 089
03 Québec	-3,8	1,9	11,6	2,0	16,7	70,8	12,6	644 505
04 Mauricie et Centre-du-Québec	-7,6	2,8	9,6	1,5	18,6	67,7	13,7	483 900
05 Estrie	-4,5	4,5	8,5	3,3	19,3	67,6	13,1	283 599
06 Montréal-Centre	3,2	-2,2	4,2	-0,4	16,3	69,0	14,7	1 808 188
07 Outaouais	7,0	6,3	13,5	7,1	21,1	69,9	9,0	313 029
08 Abitibi-Témiscamingue	-6,5	1,6	11,3	0,7	21,9	68,4	9,7	156 504
09 Côte-Nord	-9,6	-0,1	21,5	-0,7	20,6	72,0	7,4	105 096
10 Nord-du-Québec	-27,4	-4,0	13,9	-9,5	23,4	73,3	3,4	18 703
11 Gaspésie – Îles de la Madeleine	-11,1	-0,2	7,6	-1,3	18,4	68,5	13,0	106 755
12 Chaudière-Appalaches	-7,8	4,9	10,5	2,8	20,1	68,1	11,8	386 841
13 Laval	1,9	1,8	26,4	4,3	19,3	69,5	11,2	336 226
14 Lanaudière	6,4	10,4	20,3	10,3	22,2	68,6	9,3	381 883
15 Laurentides	9,5	11,8	17,5	11,8	21,4	68,8	9,9	440 928
16 Montérégie	-0,4	4,1	14,3	4,1	20,5	69,3	10,2	1 287 111
17 Nunavik	13,5	10,8	6,7	10,6	40,7	56,9	2,4	8 860
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	7,0	13,6	-21,8	10,0	34,9	61,9	3,8	11 667
Ensemble du Québec	-1,1	2,7	10,6	2,9	19,0	69,0	12,0	7 273 993

Source : Le portrait de santé, le Québec et ses régions INSPQ, 2001 (indicateur 1)

Source : Le portrait de santé, le Québec et ses régions INSPQ, 2001 (indicateur 2)

Pour la population de Montréal, le revenu personnel est passé de 18 272 \$ courants à 25 527 \$ courants de 1997 à 1999. Ce revenu est supérieur à la moyenne québécoise. Par ailleurs, la catégorie des hommes et des femmes de la région sous le seuil de faible revenu est plus élevée que la moyenne du Québec. Les femmes de la région demeurent les moins bien nanties de toute la province.

Tableau 2 – Revenu personnel par habitant

Région	3. Revenu personnel par habitant		4. Population vivant sous le seuil de faible revenu (1995)		
	a) personnel 1999 (\$) courants	b) personnel disponible 1997 (\$) courants	Hommes %	Femmes %	Total %
01 Bas-Saint-Laurent	19 753 \$	14 042 \$	17,7	20,9	19,3
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	20 745 \$	14 248 \$	18,1	21,5	19,8
03 Québec	24 311 \$	17 031 \$	20,9	24,8	22,9
04 Mauricie et Centre-du-Québec	20 935 \$	14 808 \$	19,4	23,2	21,3
05 Estrie	21 884 \$	15 526 \$	18,7	22,3	20,5
06 Montréal-Centre	25 527 \$	18 272 \$	33,3	36,2	34,8
07 Outaouais	21 939 \$	15 177 \$	19,3	22,0	20,6
08 Abitibi-Témiscamingue	21 877 \$	15 060 \$	15,9	19,8	17,8
09 Côte-Nord	22 963 \$	14 982 \$	13,1	17,2	15,1
10 Nord-du-Québec	ND	ND	10,7	13,0	11,8
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	17 657 \$	13 004 \$	19,4	21,9	20,6
12 Chaudière-Appalaches	21 008 \$	15 311 \$	15,0	18,2	16,6
13 Laval	24 700 \$	16 821 \$	19,7	23,1	21,4
14 Lanaudière	22 114 \$	15 047 \$	17,3	20,5	18,9
15 Laurentides	22 855 \$	15 792 \$	18,4	21,5	20,0
16 Montérégie	23 912 \$	16 723 \$	16,4	19,5	18,0
17 Nunavik	ND	ND	18,5	18,2	18,3
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	23 056 \$	16 357 \$	21,6	25,1	23,4

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 17)
ND : non disponible

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 18)
ND: non disponible

Les personnes âgées de 15 ans et plus perçoivent leurs habitudes alimentaires comme étant moyennes ou mauvaises dans une proportion de 17,8 % chez les hommes et de 14,4 % chez les femmes. Ce niveau de perception chez les Montréalais surpasse celui de la moyenne du Québec. On peut faire une corrélation entre le revenu personnel et les habitudes alimentaires.

Tableau 3 – Habitudes alimentaires

Région	5. Population de 15 ans et plus percevant avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires (1998)		
	Hommes %	Femmes %	Total %
01 Bas-Saint-Laurent	15,7	10,6	13,1
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	14,5	11,6	13,1 (-)
03 Québec	17,3	13,2	15,2
04 Mauricie et Centre-du-Québec	18,0	14,8	16,4
05 Estrie	20,8	12,4	16,5
06 Montréal-Centre	17,8	14,4	16,0
07 Outaouais	21,0	16,7	18,8 (+)
08 Abitibi-Témiscamingue	19,3	14,5	16,9
09 Côte-Nord	17,1	14,2	15,7
10 Nord-du-Québec	18,5	13,6	16,2
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	16,8	16,4	16,6
12 Chaudière-Appalaches	17,9	9,9 (-)	13,9
13 Laval	15,8	12,7	14,2
14 Lanaudière	19,2	15,1	17,2
15 Laurentides	14,6	15,4	15,0
16 Montérégie	14,8	12,7	13,8
17 Nunavik	ND	ND	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	17,1	13,6	15,3

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 22)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

Quant à la pratique d'activités physiques de loisir, la population montréalaise en fait plus fréquemment que la moyenne québécoise. Ceux qui pratiquent trois fois et plus d'activités par semaine et ceux qui font des exercices moins d'une fois par semaine représentent un pourcentage plus élevé (27,1 % et 48,5 % respectivement) que la moyenne québécoise. Les gens qui s'adonnent à des activités 1 à 2 fois par semaine sont moins nombreux.

Tableau 4 – Activités physiques

6. Population de 15 ans et plus selon la pratique des activités physiques

Région	3 fois et plus par semaine	1 à 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine
01 Bas-Saint-Laurent	26,6	28,7	44,7
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	27,4	25,2	47,4
03 Québec	26,1	27,9	46,0
04 Mauricie et Centre-du-Québec	28,1	24,5	47,3
05 Estrie	25,4	26,3	48,3
06 Montréal-Centre	27,1	24,4	48,5
07 Outaouais	28,5	23,6	48,0
08 Abitibi-Témiscamingue	31,2 (+)	26,2	42,6 (-)
09 Côte-Nord	26,6	25,7	47,6
10 Nord-du-Québec	30,3 (+)	27,6	42,1 (-)
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	30,6 (+)	21,7 (-)	47,7
12 Chaudière-Appalaches	27,1	27,5	45,4
13 Laval	22,0 (-)	24,5	53,5 (+)
14 Lanaudière	21,5 (-)	28,0	50,5
15 Laurentides	26,5	27,0	46,5
16 Montérégie	23,1 (-)	28,0	48,9
17 Nunavik	ND	ND	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	26,0	26,1	48,0

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 23)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

La proportion de fumeurs chez les 15 ans et plus est légèrement moins élevée chez les femmes de la région de Montréal que celle du Québec. En effet, on retrouve 31,8 % de fumeurs chez les femmes (1998) par rapport au Québec 32,6 %. Tandis que le taux de fumeurs montréalais se situe au même niveau que la moyenne québécoise qui est très élevée.

Tableau 5 – Proportion des fumeurs

**7. Proportion de fumeurs actuels
de 15 ans et plus (1998)**

Région	Hommes %	Femmes %	Total %
01 Bas-Saint-Laurent	31,3	28,0	29,6 (-)
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	36,4	31,1	33,7
03 Québec	30,9	31,6	31,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	36,3	30,7	33,5
05 Estrie	37,9	29,7	33,7
06 Montréal-Centre	35,0	31,8	33,3
07 Outaouais	40,7 (+)	36,1	38,4 (+)
08 Abitibi-Témiscamingue	39,6	37,9 (+)	38,7 (+)
09 Côte-Nord	39,0	35,8	37,5 (+)
10 Nord-du-Québec	42,1 (+)	37,9 (+)	40,2 (+)
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	34,8	30,4	32,6
12 Chaudière-Appalaches	34,8	30,3	32,6
13 Laval	36,4	33,1	34,7
14 Lanaudière	42,3 (+)	38,9 (+)	40,6 (+)
15 Laurentides	36,0	35,5	35,7
16 Montérégie	33,4	32,8	33,1
17 Nunavik	ND	ND	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	35,4	32,6	34,0

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 24)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

La prise de 14 consommations d'alcool et plus par semaine est plus importante chez les 15 ans et plus de la région de Montréal que dans l'ensemble du Québec. Ce phénomène se répercute autant chez les hommes que chez les femmes de la région, mais il est nettement plus élevé chez les femmes soit un taux respectif de 13,6 % et 5 % par rapport à la moyenne du Québec 12,8 % et 3,5 %.

Tableau 6 – Consommation d'alcool

**8. Population de 15 ans et plus ayant pris
14 consommations d'alcool et plus**

Région	Hommes %	Femmes %	Total %
01 Bas-Saint-Laurent	12,9	** 2,4	7,6
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	15,1	* 2,2	8,7
03 Québec	15,3	* 4,3	9,7
04 Mauricie et Centre-du-Québec	* 8,9 (-)	* 1,3	5,1 (-)
05 Estrie	16,1	* 3,3	9,6
06 Montréal-Centre	13,6	5,0	9,1
07 Outaouais	13,3	* 3,1	8,1
08 Abitibi-Témiscamingue	11,9	* 3,3	7,7
09 Côte-Nord	15,4	* 2,7	9,2
10 Nord-du-Québec	14,2	** 0,7	7,9
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	11,1	** 2,7	6,9
12 Chaudière-Appalaches	12,4	* 3,7	8,1
13 Laval	12,1	* 1,1 (-)	6,5
14 Lanaudière	11,5	* 2,7	7,2
15 Laurentides	12,3	* 5,5	8,9
16 Montérégie	11,2	* 2,8	7,0
17 Nunavik	ND	ND	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	12,8	3,5	8,1

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 26)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5% et inférieur ou égal à 33,3%. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Le pourcentage d'excès de poids (1998) est moins important chez les résidents de la région de Montréal que chez la moyenne des Québécois. Ainsi, on retrouve 29,6 % des hommes montréalais présentant un surplus de poids et 22,5 % chez les femmes tandis que pour l'ensemble de la province, on retrouve les taux moyens de 32,4 % et 23,8 % respectivement.

Tableau 7 - Poids

9. Population de 15 ans et plus présentant un excès de poids (1998)

Région	Hommes %	Femmes %	Total %
01 Bas-Saint-Laurent	29,3	21,6	25,5
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	26,9 (-)	22,3	24,7 (-)
03 Québec	30,5	22,6	26,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	34,4	25,3	29,8
05 Estrie	28,8	24,0	26,4
06 Montréal-Centre	29,6	22,5	25,9
07 Outaouais	40,7 (+)	34,2 (+)	37,5 (+)
08 Abitibi-Témiscamingue	33,3	26,9	30,2
09 Côte-Nord	36,9 (+)	28,3 (+)	32,8 (+)
10 Nord-du-Québec	33,6	30,4 (+)	32,1 (+)
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	39,8 (+)	28,2	34,1 (+)
12 Chaudière-Appalaches	33,6	22,3	28,0
13 Laval	35,4	23,3	29,4
14 Lanaudière	35,2	22,8	29,1
15 Laurentides	33,8	23,4	28,6
16 Montérégie	33,3	23,9	28,6
17 Nunavik	ND	ND	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	ND	ND
Ensemble du Québec	32,4	23,8	28,1

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 34)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

2.2 L'incidence du cancer

Chez la clientèle adulte

Pour l'ensemble des sièges tumoraux, on dénombre dans la région de Montréal-Centre 8 590,4 nouveaux cas de 1994 à 1998, soit un taux d'incidence de 414,8 pour 100 000 qui est le plus bas que le taux moyen pour le Québec (423,6). Les principaux sièges tumoraux sont les cas de cancer du sein, du côlon-rectum, de la vessie, des lymphomes non hodgkiniens, les cas de leucémie, de l'estomac, du pancréas et du rein

Malgré un nombre élevé le taux d'incidence est le plus bas sauf au niveau des cancers du sein et lymphome non hodgkinien.

Tableau 8 – Nouveaux cas et taux ajusté d'incidence du cancer (taux par 100 000)

10. Nouveaux cas¹ et taux ajusté² d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège, 1994-1998

Région	Estomac		Côlon-rectum		Pancréas		Poumon		Sein chez la		Prostate		Vessie	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
01 Bas-Saint-Laurent	32,2	* 13,4	125,4	53,8	23,8	* 10,1	171,6	74,3	148,8	126,2	98,4	96,6	39,6	16,7
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	41,2	16,1 (+)	167,2	63,4	32,6	* 12,7	234,0	88,8 (+)	185,0	126,1	121,6	112,0	66,6	25,7
03 Québec	64,6	9,5	384,2	56,7	79,4	11,7	501,6	74,5	425,6	113,6	218,0	81,9 (-)	150,6	22,2
04 Mauricie et Centre-du-Québec	55,4	10,3	292,4	54,7	59,2	11,0	402,2	75,4	259,6	93 (-)	252,2	111,9	107,6	20,0
05 Estrie	37,4	12,2	168,8	55,0	35,6	* 11,5	209,4	69,6	156,6	99,7	142,6	111,3	58,4	19,2
06 Montréal-Centre	237,8	11,1	1 145,2	53,6	230,4	10,8	1 462,0	70,5 (-)	1 239,4	112,2	771,6	90,8 (-)	449,0	21,2
07 Outaouais	DI	NA	DI	NA	DI	NA	DI	NA	DI	NA	DI	NA	DI	NA
08 Abitibi-Témiscamingue	19,0	* 14,8	73,6	56,8	13,8	* 10,6	115,0	87,6	76,6	109,3	59,4	103,7	27,8	* 21,5
09 Côte-Nord	16,4	* 22	49,4	62,2	9,6	* 12,6	91,0	116,8 (+)	50,0	112,5	29,6	* 84,4	16,8	* 22,1
10 Nord-du-Québec	1,0	## 11,6	4,6	## 45	0,6	## 4,8	11,2	## 145,1	4,2	## 104,6	3,4	## 79,9	1,2	## 11,3
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	18,6	* 16,1	64,2	55,6	14,6	* 12,7	100,2	87,7	67,6	116,7	55,4	106,3	22,6	* 19,7
12 Chaudière-Appalaches	47,0	12,3	194,0	50,9	48,4	12,7	263,6	69,5	227,6	113,9	147,4	91,7	72,8	19,1
13 Laval	29,6	* 9,2	178,2	54,8	35,2	* 10,9	236,8	72,0	193,4	106,6	133,0	93,2	70,4	21,9
14 Lanaudière	33,2	* 10,9	170,4	54,4	33,4	* 10,5	290,6	89,6 (+)	185,4	104,2	131,0	94,3	68,0	21,3
15 Laurentides	40,6	11,0	223,4	59,5	46,0	12,1	333,2	85,9 (+)	251,4	118,9	203,2	121,6 (+)	92,6	24,5
16 Montérégie	107,2	9,4	662,2	57,6	131,6	11,5	847,2	72,9	685,8	106,0	504,4	105,4	234,0	21,6
17 Nunavik	0,0	## 0	1,8	## 59,7	0,4	## 16,5	5,0	## 192,9	0,8	## 44,5	0,2	## 17,2 (-)	0,0	## 0,0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	## 0	2,4	## 51,8	0,2	## 5,6	2,6	## 58,9	1,8	## 66,7	2,2	## 39,8	0,8	## 16,8
Ensemble du Québec	804,4	11,1	4 057,0	56,0	822,0	11,4	5 497,0	75,9	4 325,8	110,8	2 983,2	99,5	1 547,2	21,4

Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS. Voir *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, indicateur 74, pour la méthodologie.

1. Nombre annuel moyen.

2. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

DI : données incomplètes

NA : non applicable

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5% et inférieur ou égal à 33,3%. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Étant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Tableau 9 – Nouveaux cas et taux ajusté d'incidence du cancer (suite)

10. Nouveaux cas¹ et taux ajusté² d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège, 1994-1998 (suite)

Région	Lymphome non-hodgkinien		Rein		Leucémie		Ensemble des sièges	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
01 Bas-Saint-Laurent	42,2	18,4	28,2	* 12,2	26,0	* 11,3	962,4	416,3
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	39,2	14,5	38,4	14,3	31,0	* 11,7	1 253,6	470,5 (+)
03 Québec	113,4	16,9	81,2	12,1	70,8	10,6	2 781,4	411,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	92,0	17,6	68,8	12,9	56,8	10,7	2 172,0	408,9
05 Estrie	55,6	18,8	35,4	* 11,8	36,0	11,9	1 240,6	411,8
06 Montréal-Centre	376,4	18,6	217,6	10,5	233,0	11,1	8 590,4	414,8
07 Outaouais	DI	NA	DI	NA	DI	NA	DI	NA
08 Abitibi-Témiscamingue	22,0	* 16,4	13,6	* 10,3	17,0	* 12,7	572,6	431,8
09 Côte-Nord	17,2	* 21,2	12,6	* 15,9	7,8	** 9,6	399,0	490,2 (+)
10 Nord-du-Québec	2,2	## 20,6	1,6	## 19,7	1,0	## 5,3	43,8	# 505,7
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	18,4	* 16,4	19,8	* 17,2	12,0	* 10	532,6	465 (+)
12 Chaudière-Appalaches	67,2	17,6	37,4	9,8	48,6	12,7	1 517,8	397,4 (-)
13 Laval	58,0	17,5	40,4	12,3	39,0	12,1	1 345,6	407,9
14 Lanaudière	59,6	17,9	47,4	14,4	36,4	* 11,1	1 417,8	431,8
15 Laurentides	68,0	16,9	52,4	13,4	50,4	13,1	1 781,4	456,7 (+)
16 Montérégie	213,6	17,9	145,6	12,3	139,0	11,9	4 929,6	419,0
17 Nunavik	0,2	## 8,2	0,2	## 5,8	0,0	## 0,0	11,8	## 422,7
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,4	## 6,7	2,6	## 47,1	0,6	## 5,1	19,8	## 443,4
Ensemble du Québec	1 284,0	17,8	873,8	12,1	831,4	11,5	30 711,0	423,6

Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS. Voir *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, indicateur 74, pour la méthodologie.

1. Nombre annuel moyen.

2. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

DI : données incomplètes

NA : non applicable

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5% et inférieur ou égal à 33,3%. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Étant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Chez la clientèle pédiatrique

Au Québec, l'incidence du cancer chez les 0-14 ans de 1992 à 1996 a diminué de 17 %. Chez les 15-19 ans, l'incidence semble fluctuer d'années en année passant de 87 cas à 118. Depuis 1996 à 1998, l'incidence chez les 0-14 ans a augmenté de 4 % et chez les 14-19 ans, elle a diminué de 11 %. (Annexe 4)

La proportion la plus élevée est au niveau des autres tumeurs malignes. Le taux de nouveaux cas de leucémie chez les 0-14 ans a diminué de 7 % de 1992 à 1996. Chez les 15-19 ans, le nombre de nouveaux cas de leucémie se stabilise à 12 cas par année de 1992 à 1996 et diminue 6 % de 1996 à 1998. Les cas de cancer de l'encéphale et de la moelle épinière sont au troisième rang.

Dans l'ensemble de la clientèle pédiatrique du Québec, nous pouvons confirmer une baisse du taux d'incidence du cancer de 17 % de 1992 à 1996 chez les 0-14 ans et une diminution de 3 % chez les 15-19 ans. De 1996 à 1998, nous observons une croissance de 4 % du taux d'incidence chez les 0-14 ans et une diminution de 13 % chez les 15-19 ans.

Nous ne disposons pas des données régionales divisées par groupe d'âges. Toutefois, à l'Hôpital Sainte-Justine, on note une augmentation de 19 % des nouveaux cas de 1997 à 2000, tous sièges tumoraux confondus.

2.3 Le taux de mortalité

Dans l'ensemble des sièges tumoraux, le taux de mortalité est plus bas que la moyenne québécoise. De façon surprenante, le taux de mortalité dans notre région est plus élevé que l'ensemble du Québec au niveau des cancers du sein et des lymphomes non hodgkinien. Par ailleurs, au niveau du cancer du poumon nous notons un taux significativement plus bas.

Pour la clientèle pédiatrique, le taux de mortalité est le plus élevé chez les 0-14 ans et pour les cas de leucémie et de cancer de l'encéphale et de la moelle. Les cas de lymphome ont un taux de mortalité presque identique pour les deux groupes d'âge de 2 à 4 % de 1996 à 1998. Quant au taux de mortalité des autres tumeurs malignes on a noté une hausse de 120 % chez les 0-14 ans de 1996 à 1998 et une stabilisation autour de 4 à 5 % chez les 15-19 ans. Dans l'ensemble des sièges tumoraux, le taux de mortalité a diminué de 20 % chez les 0-14 ans et a augmenté de 15 % chez les 15-19 ans pour la même période. (Annexe 5)

Tableau 10 – Taux ajusté de mortalité par tumeurs

11. Taux ajusté ¹ de mortalité par tumeurs (CIM- 9 140 à 239) selon la cause, 1994-1998 ²										
Région	Estomac	Côlon-rectum	Pancréas	Poumon	Sein chez la femme	Prostate	Lymphome non-hodgkinien	Leucémie	Ensemble des sièges	
									Nb ³	Taux
01 Bas-Saint-Laurent	* 12,0	24,4	* 10,5	63,1	34,7	* 31,4	* 6,1	* 7,0	516	218,8
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 12,2	29,4	* 12,1	76,6 (+)	35,1	* 28,8	* 7,8	* 8,2	633	247,5 (+)
03 Québec	8,1	27,4	11,0	62,8	33,8	27,8	7,2	6,0	1 490	219,6
04 Mauricie et Centre-du-Québec	7,7	28,3	10,3	64,6	28,7	29,4	* 5,8	6,9	1 165	216,7
05 Estrie	* 9,5	23,5	* 9,5	58,3	28,6	35,2	* 8,6	* 6,8	635	208,0
06 Montréal-Centre	8,1	25,6	10,1	60,2 (-)	34,0	27,2	7,3	6,5	4 570	213,6
07 Outaouais	* 6,8	24,6	* 10,0	68,0	26,1	* 34,2	* 6,7	* 5,5	533	215,8
08 Abitibi-Témiscamique	* 11,1	* 25,0	* 9,1	83,2 (+)	* 26,1	* 31,8	** 4,9	** 5,8	296	233,4
09 Côte-Nord	* 14,9	* 21,9	* 11,9	96,4 (+)	* 31,7	* 32,1	** 6,9	** 7,1	194	265,6 (+)
10 Nord-du-Québec	** 7,0	** 19,3	** 6,3	** 139,3	** 13,2	** 20,9	** 18,0	** 2,6	22	** 320,2
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 11,6	* 23,2	* 11,2	78,5	* 27	* 32,6	** 4,6	** 4,9	273	236,5
12 Chaudière-Appalaches	10,2	22,4	11,6	58,2	26,2	33,1	* 7,3	* 6,7	787	206,0
13 Laval	* 7,9	29,8	* 10,2	62,6	34,4	36,2	* 7,8	* 7,1	712	223,2
14 Lanaudière	* 9,2	27,5	* 10,6	79,2 (+)	31,4	* 28,7	* 7,4	* 6,7	749	241,3 (+)
15 Laurentides	* 7,8	29,6	11,0	73,2	33,6	32,5	* 7,2	* 6,3	884	236,1(+)
16 Montérégie	7,4	28,1	11,1	63,1	32,2	31,7	7,5	6,4	2 488	217,8
17 Nunavik	** 3,4	** 39,7	** 16,5	** 190,9	** 0,0	** 0,0	** 19,7	** 0,0	9	** 490,6
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	** 0,0	** 8,6	** 0,0	** 128,4	** 29,6	** 27,5	** 0,0	** 1,0	9	** 319,5
Ensemble du Québec	8,5	26,5	10,6	64,6	32,1	30,1	7,1	6,5	15 967	219,5

Source : Fichier des décès du Québec, MSSS. Voir *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, indicateur 87, pour la méthodologie.

- Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
- Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
- Nombre annuel moyen.
- (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.
- * Coefficient de variation supérieur à 16,5% et inférieur ou égal à 33,3%. La valeur doit être interprétée avec prudence.
- ** Coefficient de variation supérieur à 33,3%. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Le taux de mortalité relativement à l'incidence est très important pour évaluer la qualité des services et cibler les actions à prioriser. Ainsi dans l'ensemble des tumeurs, le taux de mortalité sur l'incidence dans la région de Montréal est inférieur à 1 (soit $213,6/414,8 = ,51$) et aucun siège tumoral dépasse ou est égal à 1.

Le taux moyen d'années potentielles de vies perdues par le cancer se situe dans la moyenne du Québec pour l'ensemble des sièges tumoraux sauf pour le cancer du sein et les cas de leucémie où ce taux est plus élevé pour les personnes de la région de Montréal-Centre. Par ailleurs, des gains sont réalisés au niveau du cancer côlon-rectum et du poumon.

Tableau 11 – Taux moyen d'année de vies perdues

**12. Taux moyen¹ d'années potentielles de vies perdues par cancer (CIM-9 140 à 208)
1994-1998² (taux par 1 000)**

Région	Estomac	Côlon-rectum	Poumon	Sein chez la femme	Col utérin	Prostate	Leucémie	Ensemble des sièges
01 Bas-Saint-Laurent	0,8	1,7	5,8	4,7	0,5	0,4	0,8	18,4
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	0,8	2,1	5,7	4,2	0,4	0,4	1,1	20,5
03 Québec	0,5	1,8	5,4	4,0	0,4	0,5	0,7	18,1
04 Mauricie et Centre-du-Québec	0,6	2,1	5,7	3,4	0,4	0,6	0,7	18,7
05 Estrie	0,7	1,5	5,2	3,6	0,3	0,8	0,9	18,1
06 Montréal-Centre	0,6	1,6	5,4	4,1	0,4	0,6	0,8	18,3
07 Outaouais	0,5	1,7	5,6	3,1	0,2	0,7	0,6	17,2
08 Abitibi-Témiscamingue	1,0	1,7	7,1	2,6	0,4	0,8	0,8	18,6
09 Côte-Nord	1,0	1,7	7,7	4,1	0,5	0,6	0,7	20,9
10 Nord-du-Québec	0,9	1,3	8,4	2,4	0,8	0,5	0,2	20,5
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0,6	2,0	6,6	3,8	0,8	0,6	0,4	21,1
12 Chaudière-Appalaches	0,6	1,7	4,9	3,3	0,3	0,6	0,8	16,9
13 Laval	0,5	2,0	5,3	4,2	0,3	0,6	0,7	18,4
14 Lanaudière	0,5	1,6	6,9	3,6	0,2	0,6	0,7	19,5
15 Laurentides	0,6	2,0	6,4	4,4	0,5	0,6	0,8	19,3
16 Montérégie	0,6	1,8	5,3	3,9	0,3	0,6	0,7	17,9
17 Nunavik	1,3	2,2	15,7	0,0	4,7	0,0	0,0	29,7
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,6	4,8	4,2	0,0	0,4	0,7	14,8
Ensemble du Québec	0,6	1,8	5,6	3,9	0,4	0,6	0,7	18,4

Source : Surveillance de la mortalité au Québec 1977-1998, MSSS, mars 2001.

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de

3. Les volets du PQLC et le continuum de soins et de services

3.1 Prévention et promotion

3.1.1. Tabac

Situation actuelle et réalisation

La prévention doit occuper une place importante dans la lutte contre le cancer. On considère que le nombre élevé de décès associés au tabac, aux rayons solaires, aux risques professionnels et à l'alcool serait évitable. Dans les faits, les centres hospitaliers jouent un rôle minime dans ce domaine. Par ailleurs, deux centres hospitaliers (Hôpital Notre-Dame du CHUM et Centre hospitalier Thoracique de Montréal) se sont donnés un rôle antitabagiste en développant des cliniques de soutien pour les personnes qui veulent cesser de fumer.

Depuis 1995, tous les établissements de santé travaillent à mettre en place la politique antitabac et à faire respecter la nouvelle loi en vigueur dans tous les édifices publics. Des contraventions sont émises aux clients, visiteurs, intervenants qui y dérogent. Différentes affiches confirment le tout et les messages sont clairs. «ICI, NOUS SOMMES UN HÔPITAL SANS FUMÉE».

Le tabagisme cause chaque année au Québec plus de 12 000 décès. La Direction de la santé publique avec l'équipe du Docteur Michèle Tremblay surveille régionalement l'usage du tabac et mène des projets pour prévenir le tabagisme, pour favoriser la cessation et pour implanter la Loi sur le tabac.

La réduction du tabagisme est une priorité pour la Direction de la santé publique. Outre le financement accru pour la lutte contre le tabagisme, beaucoup d'activités de déploiement ont caractérisé les réalisations des trois dernières années pour ce secteur. Plusieurs activités de communication ont touché la population générale comme la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le défi « J'arrête, j'y gagne », la diffusion de capsules radiophoniques. De nombreuses interventions ont ciblé les médecins pour optimiser leur pratique de counseling tabagique, et sept CLSC ont été soutenus dans le développement de projets visant à rejoindre les jeunes dans leurs milieux de vie.

L'équipe a aussi participé à plusieurs événements initiés par des partenaires externes et a activement soutenu l'implantation de la Loi sur le tabac, adoptée à l'unanimité en juin 1998 et mise en application en décembre 1999. On note toutefois la baisse de prévalence du tabagisme chez les Québécois âgés de 15 ans et plus de 34 % à 26 % (entre 1998 et 2001) et pour les Montréalais (du même groupe d'âge) de 33,3 % à 30 % (entre 1998 et 2000), la mise en place depuis 1999 de campagnes nationales visant à encourager les fumeurs à cesser de fumer, l'inscription des thérapies de substitution de la nicotine au régime général d'assurance médicaments du Québec en 2000, l'amorce des travaux pour l'Institut national de la santé publique, le rapport de la Commission Clair qui réaffirme l'importance de la prévention et l'importance de mettre en place des activités de réduction du tabagisme, et, enfin, les demandes de soutien des CLSC et des cégeps par rapport aux actions à entreprendre auprès des jeunes pour contrer le phénomène du tabagisme.⁵

Au cours des trois dernières années, les ressources permanentes de l'équipe ont varié pour un nombre entre sept et neuf (quatre à cinq professionnels de la santé et trois à quatre médecins) pour un nombre d'équivalents temps plein (ETP) oscillant entre 5,6 et 7,0. De plus, en 2000-2001, cinq agents de liaison totalisant 3 ETP ont participé au mandat spécial du MSSS au sujet de la Loi sur le tabac. Un budget de 800 000 \$ est alloué pour ce volet dont 350 000 \$ sera récurrent. La Direction de la santé publique de Montréal s'est investie à plusieurs niveaux quant à la réduction du tabagisme depuis 1997.

⁵ Santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, avril 2001. Fiche-synthèse des orientations pour le secteur d'activités Santé physique, Réduction du tabagisme.

Enquêtes et recherches

Des enquêtes de surveillance du tabagisme dans la région de Montréal ont été réalisées afin de surveiller la prévalence du tabagisme chez la population de 15 ans et plus en 1999 et en 2000. De plus, une collaboration à deux enquêtes québécoises sur le tabagisme chez les jeunes a permis de documenter l'ampleur du tabagisme chez les jeunes de 9 à 18 ans du Québec.

Une étude prospective de trois ans auprès de 1 200 étudiants de secondaire est présentement en cours pour mieux comprendre l'histoire naturelle de la dépendance des jeunes à la nicotine.

Intervention-promotion

En 1998, la Direction de la santé publique signalait une concentration d'activités en déploiement et en recherche de solutions préventives mais n'avait soumis aucune indication sur les accents stratégiques souhaités dans les sphères du cycle. Le bilan de trois ans indique une nette prédominance d'activités en déploiement.

La Direction de la santé publique a soutenu la mise en place d'un projet de réduction du tabagisme dans sept CLSC. La subvention de la DSP pendant trois ans touchait les jeunes, leur milieu de vie et leur environnement.

Un projet de cinq ans a été initié en 1997 pour optimiser les pratiques de counseling tabagique des 2200 médecins omnipraticiens de Montréal. Plusieurs activités ont été réalisées et deux enquêtes à deux ans d'intervalle auprès d'eux démontrent des résultats positifs.

La mise en place d'un projet pilote aux cégeps Dawson et du Vieux Montréal vise à identifier les stratégies efficaces en matière de cessation pour les jeunes.

Différentes activités de communication ont été réalisées dont une capsule radiophonique, en 1999, qui ciblait les femmes fumeuses francophones de 25 à 35 ans et la coordination nationale du « Défi - J'arrête - J'y gagne » depuis 2000 pour le groupe Acti-menu. La DSP s'y est d'ailleurs engagée pour une troisième année consécutive. Il est à noter que l'équipe contribue activement aux travaux de l'INSPQ par la rédaction d'avis de santé publique ou de rapport de connaissance/surveillance.

L'équipe de réduction du tabagisme a collaboré à plusieurs projets sous la responsabilité de différents partenaires dont « La gang allumée », projet mené par le Conseil québécois sur le tabac et la santé, la mise en place d'espaces sans fumée en milieu de travail avec le CLSC des Faubourgs, la formation des infirmières en obstétrique à Sainte-Justine avec le Centre Vivre Mieux Sans Fumer, la révision des textes du bulletin d'Info-tabac, l'offre de services de cessation aux personnes défavorisées par le Centre hospitalier Thoracique de Montréal, la collaboration aux activités d'intérêt public de la Société canadienne du cancer.

Enfin, l'équipe a participé, en 2000-2001, à l'opération d'information sur la Loi sur le tabac en réalisant 5 000 appels auprès d'exploitants d'établissements commerciaux de la région.

Bilan

Points forts

- Les nombreuses interventions mises en place depuis cinq ans pour que les omnipraticiens s'impliquent plus en counseling tabagique semblent porter fruit; deux enquêtes menées en 1998 et en 2000 auprès d'échantillons aléatoires de médecins indiquent des améliorations.
- La collaboration avec l'équipe d'Acti-Menu a favorisé la mise en place du « Défi - J'arrête - J'y gagne » à la grandeur du Québec et a sensibilisé la population à l'arrêt tabagique.
- Le renouvellement de la subvention de recherche pour une deuxième période de trois ans permettra de mieux comprendre l'histoire naturelle de la dépendance à la nicotine chez les jeunes. De plus, il y a collaboration avec une équipe de chercheurs en génétique de l'Ontario. Une collaboration avec l'Ontario dans une recherche sur la génétique et le tabac.

- Diminution de la prévalence du tabagisme chez les Montréal de 15 ans et plus de 33,3 % en 1998 à 30 % en 2000 est encourageante. Les prochaines enquêtes permettront de valider cette tendance à la baisse.
- L'opération d'information sur la Loi sur le tabac a permis de loger plus de 5 000 appels auprès d'exploitants d'établissements publics de la région de Montréal.

Point faible

- Aucun point faible à souligner.

3.1.2. Alimentation

Situation actuelle et réalisation

Aucun travail de recherche n'a été fait sur le volet alimentation et son influence sur le cancer. Nous n'avons pas la démonstration de lien entre le type d'alimentation et une forme de cancer quelconque. Actuellement, seul l'alcool a été confirmé comme un facteur de risques pour les cancers tête et cou.

Bilan

Point fort

- Aucun point fort à souligner.

Point faible

- Aucun travail de recherche n'a été fait sur le volet alimentation ni sur son influence sur le cancer. Ce volet n'est pas scientifiquement prouvé, il faut amplifier la recherche.

3.1.3. Environnement

Situation actuelle et réalisation

Au plan de la santé environnementale, de nouveaux programmes de surveillance de la qualité de l'air intérieur et extérieur ont été développés afin de mieux intervenir sur les maladies respiratoires professionnelles et environnementales et de fournir une réponse quotidienne aux urgences environnementales. Sur le plan de la santé au travail, la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) a versé à la Régie régionale plus de 8 M\$ afin d'assurer des services de santé aux employés de 6 000 entreprises de l'île de Montréal.⁶

Recherches et enquêtes

- La Direction de la santé publique de la région de Montréal a publié des études par rapport à l'accroissement du nombre de cancer du sein chez les femmes résidant près de l'ancienne carrière Miron. Actuellement, un travail de recherche est en cours concernant les impacts sur la santé des femmes et l'exposition professionnelle aux produits chimiques ou radioactifs et le développement d'un cancer du sein. L'analyse sera complétée au cours de l'année 2001-2002.
- Des recherches sont en cours afin de démontrer que l'exposition aux produits de combustion du bois est potentiellement cancérigène.
- Les recherches ont démontré qu'à Montréal, il n'y a aucun problème de contamination d'eau potable aux produits de décomposition du CL.
- Des études sur le diesel ont démontré qu'il y a des effets cancérigènes. Actuellement, le niveau de concentration est trop bas pour causer des problèmes de santé.

⁶ Régie régionale de Montréal-Centre, Le Défi de l'accès l'an 3, rapport annuel 2000-2001.

- Une étude épidémiologique des dix dernières années auprès des travailleurs de la construction démontre que le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon sont en pleine croissance.
- La Direction de la santé publique participe au comité aviseur, avec la CSST, concernant le dépistage des personnes à risques de développer une des ces maladies.
- La Direction de la santé publique siège sur le comité aviseur du MSSS sur l'amiantose.

Intervention-promotion

- La priorité de la santé environnementale vise à intervenir en milieu de travail auprès des travailleurs de la construction principalement soumis aux expositions à l'amiante. Actuellement, 27 entreprises ont été recensées par rapport aux normes de qualité du milieu de travail. Les travailleurs du secteur construction/rénovation sont plus à risque de développer un cancer du poumon et un mésothéliome.⁷
- Une étude a été réalisée dans le cadre provincial de dépistage de l'amiantose dans les écoles publiques et privées du territoire de Montréal pour les niveaux primaire et secondaire. Seuls, les plafonds des 700-800 écoles ont été vérifiés. Sur ce nombre, 116 écoles recevaient une cote #3 et nécessitaient des correctifs. La somme de 75 M\$ a été investie par le ministère de l'Éducation afin de remédier à cette situation. Aucun cégep ni université n'ont été visités.
- Les milieux de travail sont systématiquement inspectés en fonction de la teneur en silice, benzène, amine aromatique, hydrocarbure, asphalte (composé à base de goudron) et toutes les substances cancérigènes répertoriées dans l'air ambiant. Des normes sont reconnues dans le milieu. Dès qu'une entreprise déroge aux règles, une déclaration est émise à la CSST, et un avis de dérogation est aussitôt émis.
- On prétend que l'utilisation des pesticides est en lien avec la leucémie. Aucune étude n'a été faite à ce jour. On fait face à un laisser-aller des municipalités avec leurs politiques.
- La majorité des interventions permettent de gérer les urgences et les cas de déclaration d'intoxication aiguë.

Bilan

Points forts

- Au plan de la santé environnementale, de nouveaux programmes de surveillance de la qualité de l'air intérieur et extérieur ont été développés afin de mieux intervenir sur les maladies respiratoires professionnelles et environnementales et de fournir une réponse quotidienne aux urgences environnementales.
- Un travail de recherche est en cours concernant les impacts sur la santé des femmes et l'exposition professionnelle aux produits chimiques ou radioactifs et le développement d'un cancer du sein. L'analyse sera complétée au cours de l'année 2001-2002.
- Une étude épidémiologique des dix dernières années auprès des travailleurs de la construction démontre que le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon sont en pleine croissance. La Direction de la santé publique participe au comité aviseur, avec la CSST, concernant le dépistage des personnes à risques de développer une des ces maladies.
- La Direction de la santé publique siège sur le comité aviseur du MSSS sur l'amiantose. Les plafonds des 700-800 écoles ont été vérifiés. Sur ce nombre, 116 écoles recevaient une cote #3 et nécessitaient des correctifs. La somme de 75 M\$ a été investie par le ministère de l'Éducation afin de remédier à cette situation.
- Les recherches ont démontré qu'à Montréal, il n'y a aucun problème de contamination d'eau potable aux produits de décomposition du CL.

⁷ Définition mésothéliome : tumeur bénigne ou maligne des cellules tapissant les séreuses (plèvre, péritoine, péricarde). Ce cancer dont le synonyme est endothéliome pleural. C'est un cancer primitif rare de la plèvre et du péritoine avec une évolution mortelle en quelques mois.

Points faibles

- Aucun cégep ni université n'ont été visités dans le cadre des dangers potentiels de la présence de l'amiantose dans les écoles.
- On prétend que l'utilisation des pesticides est en lien avec la leucémie. Aucune étude n'a été faite à ce jour. On fait face à un laisser aller des municipalités qui se traduit par une absence de politique.

3.2 Dépistage

3.2.1. Programme de dépistage du cancer du sein

Situation actuelle et réalisation

Le dépistage systématique du cancer du sein fait partie des priorités régionales dans le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. On vise la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au cancer du sein par un programme régional systématique de dépistage du cancer du sein. L'objectif du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est de diminuer de 25 % le taux de mortalité par cancer du sein, d'ici 2006, par rapport au taux de 1996, chez les femmes de 50 à 69 ans. Pour atteindre cet objectif, le taux de participation de la clientèle cible doit être d'au moins 70 %.⁸

Les centres de dépistage du cancer du sein (CDD) sont regroupés dans 14 cliniques privées. Celles-ci ont été évaluées et recommandées en fonction de critères de qualité de services, de normes et standards technologiques et professionnels.

Les cliniques désignées (CDD) sont les suivantes :

Centre de radiologie Hochelaga	Les services radiologiques Maisonneuve
Le Centre radiologique Fleury inc.	Service de radiologie Grenet Inc
Centre de radiologie West Island inc.	Clinique radiologique Verdun
Radiologie Médicentre LaSalle inc.	La Clinique radiologique Clarke inc.
Léger et associés, radiologistes	Radiologie Ellendale
Radiologie Laënnec inc.	Radiologie Médiclub (Le Sanctuaire)
Radiologie Varad	Centre d'Imagerie diagnostique (Complexe de santé Reine Élisabeth)

Au cours de l'année 2000-2001, quelque 200 000 lettres d'invitation à passer une mammographie de dépistage ont été envoyées aux femmes âgées de 50 à 69 ans ainsi que 12 000 lettres de rappel pour la mammographie recommandée aux deux ans. Le centre de coordination du cancer du sein regroupe cinq personnes qui travaillent à la promotion et à l'évaluation du programme.

La réduction de la mortalité et de la morbidité par cancer du sein requiert la collaboration de nombreux partenaires afin d'assurer l'implantation optimale du programme de dépistage, d'informer les femmes, de leur permettre de faire un choix éclairé en matière de dépistage, de les soutenir et de les accompagner, au besoin, dans leurs démarches. La formation, la communication et la consultation constituent des outils importants dans la consolidation d'un partenariat fructueux.

Un montant récurrent de 105 000 \$ a été octroyé au CLSC de Pierrefonds depuis 1998. Cette somme permet d'informer et de sensibiliser les femmes, de toutes les communautés culturelles et de tous les milieux, à la problématique du cancer du sein et aux méthodes de dépistage dans le but d'augmenter le taux de participation au PQDCS. De plus, un montant de 111 000 \$ a été attribué à des organismes communautaires afin de répondre aux mêmes objectifs. La répartition de la subvention a été faite en fonction du taux de mammographies effectuées dans chacune des sous-régions et des efforts à consentir pour atteindre 70 % des femmes de 50 à 69 ans.

Au plan communautaire, de nombreuses activités de formation sur la prévention et le dépistage du cancer du sein ont permis de rejoindre plusieurs intervenantes des CLSC et

⁸ Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, p. 23.

des organismes communautaires. Une invitation spéciale a été lancée aux infirmières, aux technologues et aux intervenantes d'organismes communautaires qui interviennent auprès de cette clientèle pour les sensibiliser à l'importance de participer au PQDCS en assistant à la pièce de théâtre «La mammo, quel scénario» produite dans notre région.

Volume d'activités

L'évolution des volumes de mammographies effectuées par dépistage et diagnostic pour les années 1997, 1998 et 1999 est présentée au Tableau 12. Depuis l'accréditation des CDD, ce volume est passé de 85 051 en 1997 à 96 983 en 1999. En 1999, nous avons été en mesure de départager les activités de dépistage de celles de diagnostic qui représente 45,3 % du total des mammographies.

Tableau 12 – Évolution des volumes de mammographie (dépistage et diagnostique), année 1997, 1998 et 1999

Centre de dépistage désigné	1997	1998	1999		Total
	Dép & Diagn	Dép & Diagn	Dépistage	Diagnostic	
Centre radiologie Hochelaga	2892	3982	2600	1021	3621
Les services Radiologiques Maisonneuve	6899	7047	6121	4408	10529
Centre Radiologique Fleury inc.	1412	1744	2106	609	2715
Radiologie Bois-de-Boulogne	6668	7980	4192	2662	6854
Centre de radiologie West Island inc.	6687	6739	6325	4003	10328
Clinique Radiologique de Verdun	3780	3174	3293	1500	4793
Radiologie Médicentre LaSalle inc.	3700	4804	3089	2007	5096
Centre D'imagerie diagnostique R.E.	5320	5513	1326	3837	5163
La clinique radiologique Clarke inc.	18447	18400	8816	6228	15044
Léger et Associés Radiologistes	10308	15494	5857	8755	14612
Radiologie Ellendale	1878	2373	1324	694	2018
Radiologie Laënnec inc.	3227	3485	2367	854	3221
Radiologie Médiclub (Le Sanctuaire)	3122	3217	1707	1264	2971
Radiologie Varad	10711	11595	3924	6094	10018
Sous-total	85051	95547	53047	43936	96983

Des hôpitaux contribuent aussi au volume d'activités en mammographie. Ce sont le CHUM (Notre-Dame et Hôtel-Dieu), le CUSM (Royal Victoria et Général de Montréal), l'Hôpital général juif, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, l'Hôpital Jean-Talon, le Centre hospitalier de Lachine, l'Hôpital Santa Cabrini et le Centre hospitalier Fleury.

La proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie au cours d'une période de deux ans (1998) est de 61,3 % (Tableau 13) soit légèrement sous la moyenne québécoise. En juin 2001, parmi cette cohorte de femmes, 37,8 % ont eu une mammographie dans un CDD. Plusieurs mammographies de dépistage ont été effectuées en centre hospitalier ou dans d'autres cliniques de radiologie privée. Des avis ont été envoyés aux médecins omnipraticiens et aux gynécologues dès l'annonce officielle des CDD désignés dans la région de Montréal. Beaucoup de travail reste à faire pour les inciter à diriger leurs clientèles vers les CDD désignés.

Tableau 13 - Les femmes de 50-69 ans ayant eu une mammographie au cours d'une période de deux ans (1998)

	15. Femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie au cours d'une période de 2 ans (1998)	16. Femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie de dépistage dans un CDD (au 30 juin 2001)
Région	%	%
01 Bas-Saint-Laurent	71,4	NA
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	62,1	NA
03 Québec	62,4	50,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	66,6	52,9
05 Estrie	68,5	55,2
06 Montréal-Centre	61,3	37,8
07 Outaouais	65,0	37,7
08 Abitibi-Témiscamingue	69,4	59,1
09 Côte-Nord	73,8 (+)	NA
10 Nord-du-Québec	73,6	& 67,2
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	71,3	& 27,3
12 Chaudière-Appalaches	61,3	57,6
13 Laval	69,2	45,3
14 Lanaudière	67,6	52,6
15 Laurentides	64,3	39,8
16 Montérégie	64,2	50,1
17 Nunavik	ND	NA
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	NA
Ensemble du Québec	64,3	46,3
	Source : Le portrait de santé, le Québec et ses régions, INSPQ, 2001 (indicateur 59)	Source : Centre d'expertise en dépistage, INSPQ, novembre 2001
	ND : non disponible	& Taux projeté à partir des six premiers mois d'activité du PQDCS.
	(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05	NA : non applicable

Le taux de consentement à participer au PQDCS au 30 juin 2001 (24 mois) est de 31,9 %. Ce taux est le plus faible au Québec.

La proportion de rétention des femmes ayant eu une première mammographie de dépistage normale dans le cadre du PQDCS se situe à 64,1 % après 36 mois au 30 juin 2001. Là aussi la région de Montréal est celle qui présente le plus bas taux de rétention au Québec.

Le taux de référence pour investigation chez les femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS est légèrement supérieur à la normale. Par ailleurs, selon le comité de soutien à la qualité du PQDCS, une analyse de données (31 décembre 2000) souligne que la proportion de mammographies anormales avec confirmation diagnostique, chez les femmes de 50 à 69 ans, est de 23,1 % en 2000 et un taux moyen depuis les trois dernières années de 37,8 %, soit beaucoup inférieur à la moyenne provinciale qui se situe à 50,1 % en 2000 et 57,5 % pour la moyenne des trois dernières années.

Tableau 14 - Le consentement des femmes de 50-69 ans à participer au PQDCS, la rétention et la référence pour investigation.

	17. Femmes de 50 À 69 ans ayant eu une mammographie de dépistage et ayant consenti à participer au PQDCS	18. Rétention des femmes ayant eu une première mammographie de dépistage normale dans le cadre du PQDCS	19. Référence pour investigation chez les femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS
Région	au 30 juin 2001 (24 mois) %	au 30 juin 2001 (36 mois) %	au 30 juin 2001 (%)
01 Bas-Saint-Laurent	NA	NA	NA
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	NA	NA	NA
03 Québec	48,5	79,6	10,0
04 Mauricie et Centre-du-Québec	51,0	81,4	10,4
05 Estrie	53,8	75,7	6,3
06 Montréal-Centre	31,9	64,1	12,2
07 Outaouais	36,4	74,3	11,7
08 Abitibi-Témiscamingue	58,1	NA	14,1
09 Côte-Nord	NA	NA	NA
10 Nord-du-Québec	δ 57,6	NA	ND
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	φ 19,8	NA	ND
12 Chaudière-Appalaches	54,7	82,6	10,7
13 Laval	40,2	74,2	12,1
14 Lanaudière	49,3	76,1	11,9
15 Laurentides	35,5	NA	13,1
16 Montérégie	47,0	75,9	10,5
17 Nunavik	NA	NA	NA
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	NA	NA	NA
Ensemble du Québec	42,7	75,4	11,0
	Source: Centre d'expertise en dépistage, INSPQ, novembre 2001	Source: Centre d'expertise en dépistage, INSPQ, novembre 2001	Source: Centre d'expertise en dépistage, INSPQ, novembre 2001

Bilan

Points forts

- L'accroissement des activités en dépistage du cancer du sein dans les CDD désignés.
- L'intérêt toujours grandissant des responsables de CDD afin de répondre aux critères et d'assurer le suivi de la certification des appareils et du personnel.
- Implication constante des technologues pour la mise à jour des connaissances et la participation aux formations continues.
- La proportion de mammographies anormales avec confirmation diagnostique, chez les femmes de 50 à 69 ans est de 23,1 % en 2000 et un taux moyen depuis les trois dernières années de 37,8 %, soit beaucoup inférieur à la moyenne provinciale qui se situe à 50,1 % en 2000 et 57,5 % pour la moyenne des trois dernières années.

Points faibles

- Un des taux de réponse des femmes le plus faible au Québec soit 37,8 %.
- Le taux de consentement de la clientèle montréalaise à participer au PQDCS est le plus faible du Québec.
- Le plus bas taux de rétention de la clientèle dans le PQDCS.
- Référence plus élevée pour investigation que la moyenne provinciale.

- Le système d'information du MSSS ne nous permet pas de suivre l'évolution des activités dans les cliniques désignées et rend difficile le suivi auprès des femmes qui adhèrent au programme.
- La responsabilité médico-légale associée à l'envoi des lettres a eu pour conséquence qu'aucune lettre d'invitation n'a été envoyée entre le 1^{er} mai et le 15 juin 2001. La Direction de la santé publique a pris en main la contrainte médico-légale associée à l'envoi des lettres d'invitation qui servent de prescriptions médicales et dont le médecin a l'obligation d'assurer le suivi et depuis la mi-juin l'envoi des lettres est systématique.

3.2.2. Dépistage du cancer du col utérin

Situation actuelle et réalisation

Pour le cancer du col utérin, le dépistage se fait de façon concomitante lors d'un examen gynécologique par le test de Papanicolaou. Une étude préliminaire a été entreprise à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Montréal-Centre par Docteure Michèle Deschamps.

Un questionnaire a été envoyé aux chefs de pathologie des hôpitaux de Montréal ayant un laboratoire de cytologie (Verdun, Fleury, Général juif, Général de Montréal, Hôtel-Dieu, Jean-Talon, Général du Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame, Royal Victoria, Sacré-Cœur de Montréal, Saint-Luc, St. Mary, Sainte-Justine et Santa Cabrini). Cet envoi a été suivi d'une rencontre de tous les chefs de pathologie et de cytologie avec les docteurs Pierre Band et Michèle Deschamps. Une deuxième visite des laboratoires par une archiviste médicale et un technicien de recherche a permis de corriger les informations manquantes ou imprécises.

Le volume de cytologie annuelle est d'environ 500 000 lames avec une moyenne par laboratoire de 30 000 lames et un intervalle de 13 000 à 60 000 lames. Sur 16 laboratoires, trois ont moins de 25 000 lames et ne rencontrent pas la norme spécifiée dans le rapport Walton⁹. Deux laboratoires se sont fusionnés pour augmenter le volume de lames. Quant au troisième, il négocie avec les laboratoires de son voisinage afin de redistribuer les spécimens pour obtenir le quota requis. Ainsi, tous les laboratoires de Montréal devraient atteindre la norme en 2002.

Au cours des quatre dernières années, le nombre total de lames lues a légèrement augmenté (3 %). Un accroissement de 25 % a été réalisé dans trois laboratoires et de 5 à 10 % dans cinq. Une baisse a été observée dans cinq laboratoires. En 1999-2000, les laboratoires de la région ont reçu 591 910 spécimens, soit 37 % du total des prélèvements analysés au Québec.¹⁰

Les laboratoires ont en moyenne trois pathologistes qui font de la cytologie. Deux laboratoires ont un pathologiste exclusivement pour la cytologie et 12 laboratoires ont au moins un pathologiste ayant une spécialité en cytologie. Il s'avère difficile d'obtenir la charge réelle de travail des pathologistes reliée à la cytologie.

Les chefs cytologistes occupent ce poste depuis en moyenne 13 ans; seulement six d'entre eux ont cinq ans et moins d'expérience. Au total, 75 équivalents temps plein cytologistes travaillent dans les laboratoires de la région de Montréal dont une moyenne de cinq par laboratoire.

Au niveau de la formation, 13 cytologistes (29 %) ont un baccalauréat en cytologie, 32 (41 %) ont un DEC en cytologie et 20 (24 %) une attestation d'études collégiales en cytologie; les autres 12 % ont des formations diverses, principalement des certificats obtenus dans différents pays ou provinces. Soixante et onze cytologistes (91 %) ont réussi l'examen de certification en cytologie de l'Association canadienne des technologues médicaux.

⁹ Rapport Walton : Task Force on Cervical Cancer Screening Program. Cervical cancer screening programs Can Med J 1976, 114 :1003-1033

¹⁰ Le dépistage du cancer du col utérin. État de situation dans la région de Montréal-Centre et les éléments critiques pour améliorer ce dépistage. Dre Michèle Deschamps, Ph.D., Dr Pierre Band, MD, FRCPC, Neng Xu, analyste informaticien, février 2002.

Douze laboratoires de cytologie et onze laboratoires de pathologie sont informatisés et seulement cinq laboratoires assurent un suivi systématique des résultats. Tous les laboratoires effectuent des contrôles de qualité mais selon des critères variables. La majorité des prélèvements proviennent des bureaux privés. Aucun laboratoire n'offre des séances de formation pour les cliniciens sur le dépistage du cancer du col utérin.

Les laboratoires constituent le pivot d'un tel programme. Des correctifs devront être apportés au manque de standardisation des termes utilisés dans les rapports de cytologie et de la façon que ceux-ci devraient être remplis. Les programmes formels de contrôle de qualité ne semblent pas être présents sauf dans un laboratoire.

Le tableau 15 ci-dessous dresse un aperçu du taux de participation des femmes de 15 ans et plus au test de Pap avant la mise en place d'un programme formel de dépistage du cancer du col utérin.

Tableau 15 - Les femmes de 15 ans et plus ayant eu un test de Pap au cours d'une période de 2 ans (1998)

14. Femmes de 15 ans et plus ayant eu un test de Pap au cours d'une période de 2 ans (1998)	
Région	%
01 Bas-Saint-Laurent	63,9
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	52,5 (-)
03 Québec	64,4
04 Mauricie et Centre-du-Québec	58,5
05 Estrie	66,7
06 Montréal-Centre	59,9
07 Outaouais	67,4
08 Abitibi-Témiscamingue	68,3 (+)
09 Côte-Nord	67,9 (+)
10 Nord-du-Québec	66,9
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	71,4 (+)
12 Chaudière-Appalaches	62,2
13 Laval	65,8
14 Lanaudière	69,1 (+)
15 Laurentides	68,1
16 Montérégie	65,2
17 Nunavik	ND
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND
Ensemble du Québec	63,4

Source : *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, INSPQ, 2001 (indicateur 58)

ND: non disponible

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05

La région de Montréal se situe sous la moyenne provinciale.

Bilan

Points forts

- En 2002, tous les laboratoires de Montréal devraient atteindre la norme spécifiée dans le rapport Walton.
- Douze laboratoires de cytologie et onze laboratoires de pathologie sont informatisés.

Points faibles

- Un programme de dépistage structuré de cancer du col utérin n'existe pas comme tel.
- Pas d'uniformité dans la formation des technologistes ou cytologistes.
- Aucun laboratoire n'offre des séances de formation sur le dépistage du cancer du col utérin pour les cliniciens.
- Manque de standardisation des termes utilisés dans les rapports de cytologie et de la façon dont ceux-ci devraient être remplis.
- Absence de programmes formels de contrôle de qualité sauf dans un laboratoire.
- Faible proportion de femmes ayant eu un test de Pap au cours d'une période de deux ans (1998).

3.2.3. Autres types de dépistage

Situation actuelle et réalisation

La colonoscopie est utilisée pour dépister le cancer colorectal en présence d'un syndrome familial. Seul l'Hôpital général juif a mentionné un programme de dépistage au niveau colorectal.

L'examen physique permet aux médecins d'examiner la peau et de détecter précocement les anomalies, s'il y a lieu, ou de demander des examens spécifiques chez les personnes qui ont un parent atteint d'un mélanome.

Peu de centres hospitaliers nous ont fait part d'un programme systématique de détection précoce dans le cadre du cancer du col utérin, du cancer de la peau, de la bouche ou du colon.

Bilan

Point fort

- L'examen physique permet aux médecins de famille d'examiner la peau et de détecter précocement les anomalies, et ce type de pratique se fait spontanément lors des consultations médicales.

Point faible

- Aucun programme n'est organisé.

3.3 Investigation, traitement et réadaptation

3.3.1. Situation actuelle et réalisation

Équipes selon les sièges tumoraux

La région de Montréal-Centre offre des services d'investigation, de traitement et de réadaptation dans 15 centres hospitaliers généraux et spécialisés et selon divers degrés d'intensité de services et d'équipes oncologiques. De plus, cinq centres hospitaliers de réadaptation et 29 CLSC participent à l'épisode de soins à divers moments.

Dans certains centres hospitaliers généraux spécialisés, lors des réunions hebdomadaires, les médecins présentent un cas (litigieux ou compliqué) à l'équipe composée principalement d'oncologues médicaux, d'hématologues selon le site du cancer, de pharmaciens spécialisés en oncologie, de psychologues, de travailleurs sociaux, de chirurgiens spécialisés en fonction du site tumoral, d'infirmières, de diététistes, selon le cas, et de radio-oncologues, au besoin. Le tableau 16 indique les CHSGS qui disposent de telles équipes oncologiques ou tumor board.

Tableau 16 - Équipes oncologiques dans les CHSGS

Établissements	O R L	D I G E S T I F	S E I N	P O U M O N	G Y N É C O	L Y M P H A T I Q U E	U R O L O G I E	N E U R O	O R T H O	O N C O L O G I T	G É N É R A L E	E N D O C R I N I E N
CUSM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CHUM	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
Maisonneuve-Rosemont	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
Général juif	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓
Sacré-Cœur de Montréal	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	-
Santa Cabrini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-
St. Mary	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-
Verdun	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-
LaSalle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jean-Talon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-
Fleury	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lachine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Général du Lakeshore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-
Sainte-Justine	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	✓	✓	-
Montréal pour Enfants	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	✓	✓	-

Source : Questionnaire remis aux établissements

Dans certains établissements, des conférences médicales se tiennent régulièrement pour réviser les protocoles et les standards de pratique. De plus, à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, un site Internet est coordonné par l'équipe d'oncologues médicaux et vise à revoir les normes et standards de soins médicaux avec les médecins membres. Certaines sections du site sont accessibles aux non-membres.

CRID

Des centres de références et d'investigation (CRID) ont commencé leurs activités en octobre 1998, et le dernier a ouvert le 7 mai 2001. Les cinq CRID sont rattachés aux hôpitaux suivants : à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à l'Hôpital général juif, au CUSM (Royal Victoria) et enfin au CHUM (Hôtel-Dieu).

D'octobre 1998 au 31 décembre 2000, 101 813 femmes ont passé une mammographie et de ce nombre, 6 155 ont été référées aux CRID, soit 6 %.

Après un an d'implantation, la Régie régionale de Montréal a commencé l'évaluation des CRID. Cette démarche permet de valider l'atteinte des critères de qualité et vise à recommander les correctifs si nécessaires. Par la suite, si les critères sont rencontrés, le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre désignera officiellement les CRID, d'ici l'automne 2002.

Voici les activités réalisées dans les centres hospitaliers en mammographie pour les années 1997-1998 à 1999-2000. Par ailleurs, les effets de la mise en place du PQDCS en 1998-1999 sont observés dès 1999-2000 avec une diminution des activités dans les CHSGS (Fleury, Jean-Talon, Santa Cabrini, CHUM) qui ne sont pas des CRID et l'augmentation des activités pour les hôpitaux Sacré-Coeur de Montréal, Maisonneuve-Rosemont, Général Juif et CUSM qui ont débuté les activités dans un CRID à des moments différents au cours de l'année.

Tableau 17 - Volumes d'activités en mammographie dans les CHSGS

		MAMMOGRAPHIE 97-98				MAMMOGRAPHIE 98-99				MAMMOGRAPHIE 99-00			
		Admis	Inscrits	Enreg.	Total	Admis	Inscrits	Enreg.	Total	Admis	Inscrits	Enreg.	Total
CENTRE HOSPITALIER DE LACHINE	Examens	21		1 955	1 976	24	5	2 355	2 384	22	42	1 573	1 637
	Interventions				0				0				0
HOP. DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	Examens	151	394	351	896	109	459	182	750	140	1 020	131	1 291
	Interventions				0	51	162	78	291	78	480	120	678
CENTRE HOSPITALIER FLEURY	Examens	23	98	1 656	1 777	51	60	1 655	1 766	44	128	593	765
	Interventions	18			38	31			71	5	1	1	7
HOPITAL JEAN-TALON	Examens	165	385	2 568	3 118	156	407	2 405	2 968	191	305	2 023	2 519
	Interventions				0				0				0
L'HOP. SIR MORTIMER B. DAVIS	Examens	57	24	241	322	36	60	338	434	52	77	312	441
	Interventions	224	108	141	473	224	124	207	555	181	207	315	703
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE	Examens	18	6	7	31	14	2	3	19	66		4	76
	Interventions	27		1	28	91			118	62		2	84
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	Examens				0				0	71	269	313	653
	Interventions				0				0	31	203	111	345
L'HOP. DE MONTREAL POUR ENFANTS	Examens				0				0				0
	Interventions				0				0				0
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	Examens	42	3 250		3 292	21	3 265		3 286				
	Interventions	6	190		196	3	231		234				
HOP. NEUROLOGIQUE DE MONTREAL	Examens				0				0				0
	Interventions				0				0				0
HOPITAL ROYAL VICTORIA	Examens	62	7 222		7 284	51	7 368		7 419				
	Interventions	1	73		74	1	76		77				
HOPITAL SANTA CABRINI	Examens	78	261	1 415	1 754	61	216	1 251	1 628	35	266	1 025	1 326
	Interventions	53	10	6	69	38	19	4	61	56	15	3	74
C.H. ANGRIGNON	Examens	26	11	10	47	13	12	14	39	24	11	7	42
	Interventions				0	2			2	4	1	5	10
CH UNIVERSITE DE MONTREAL	Examens	422	3 867	2 272	6 561	347	3 260	1 788	5 415	519	2 669	1 208	4 496
	Interventions	169	871	309	1 349	228	1 068	568	1 864	471	1 167	773	2 411
CUSM	Examens				0				0	87	9 849	420	10 356
	Interventions				0				0	3	414	9	426
TOTAL		1 065	15 518	10 475	27 190	883	15 114	9 991	26 984	1 251	14 636	7 609	23 516
		498	1 252	457	2 207	669	1 680	857	3 251	891	2 488	1 339	4 721

Unité de mesure: Nombre d'examens et nombre d'interventions
Source: AS-478

Hémato-oncologie

Depuis 1997-1998, le nombre de traitements ambulatoires en hémato-oncologie est passé de 167 535 à 181 754, soit une augmentation de 8,5 %. Les centres hospitaliers qui dispensent le plus grand volume de services sont par ordre décroissant : le CHUM, le CUSM, l'Hôpital général juif, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine, le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital Santa Cabrini, l'Hôpital Jean-Talon, l'Hôpital général du Lakeshore, le Centre hospitalier de Verdun. Trois centres hospitaliers n'ont aucune activités en hémato-oncologie : le Centre hospitalier de Lachine, le Centre hospitalier Fleury et le Centre hospitalier de LaSalle.

Nous assistons, depuis 1998-1999, à une diminution du nombre de patients admis (355 cas) pour les services en hémato-oncologie.

Tableau 18 - Volume d'activités en hémato-oncologie

	HÉMATO-ONCO 97-98			HÉMATO-ONCO 98-99			HÉMATO-ONCO 99-00		
	Usagers	Ambulatoire	Total	Usagers	Ambulatoire	Total	Usagers	Ambulatoire	Total
	admis	inscrits		admis	inscrits		admis	inscrits	
CENTRE HOSPITALIER DE LACHINE			0			0			0
HOP. DU SACRE-COEUR DE MTL.	46	18 143	18 189	192	16 538	16 730	191	16 188	16 379
CENTRE HOSPITALIER FLEURY			0			0			0
HOPITAL JEAN-TALON	122	3 630	3 752	77	3 812	3 889	64	3 789	3 853
L'HOP. SIR MORTIMER B. DAVIS		16 331	16 331		16 179	16 179		17 608	17 608
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE		1 712	1 712		1 646	1 646		2 383	2 383
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT		13 534	13 534	130	15 951	16 081	135	16 720	16 855
L'HOP. DE MONTREAL POUR ENFANTS		5 961	5 961		6 426	6 426			
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL		19 862	19 862		21 029	21 029			
HOP. NEUROLOGIQUE DE MONTREAL			0		66	66			
HOPITAL ROYAL VICTORIA		18 086	18 086		17 419	17 419			
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	59	8 456	8 515	45	8 814	8 859	44	8 924	8 968
HOPITAL SAINTE-JUSTINE	277	12 505	12 782	190	11 806	11 996		13 167	13 167
HOPITAL SANTA CABRINI		4 075	4 075		4 330	4 330	4	4 021	4 025
C.H. ANGRIGNON	179	1 308	1 487	122	1 506	1 628	81	1 985	2 066
CH UNIVERSITE DE MONTREAL	248	42 964	43 212	600	46 530	47 130	482	48 347	48 829
CUSM								47 564	47 564
TOTAL	931	166 567	167 535	1 356	172 052	173 408	1 001	180 696	181 754

Unité de mesure: nombre de visites
Source: AS-478

Dépenses consenties

Tableau 19 - Dépenses consenties de 1997-1998 à 1999-2000

Exercice	Description du centre d'activité	Salaires+av sociaux+chgs soc. total (HEURES)	Salaires+av sociaux+chgs soc. total	Services achetés	Total des coûts directs bruts (HEURES)	Total des coûts directs bruts	Total des coûts directs nets (HEURES)	Total des coûts directs nets
1997-1998	Hémato-oncologie							
Total		268 287	5 911 478	105 761	268 287	14 899 134	268 287	14 636 086
1998-1999	Hémato-oncologie							
Total		282 091	6 377 392	71 318	282 091	15 728 295	282 091	15 504 811
1999-2000	Hémato-oncologie							
Total		313 484	7 100 891	23 913	313 484	20 239 676	313 484	19 930 566

Source : Rapports financiers AS-471 des établissements de santé

Le nombre de jours présence utilisés en oncologie pour l'année 1999-2000 se totalise à 251 566 JP pour 23 506 admissions (Tableau 22). L'appareil digestif est le système où on consacre le plus d'activités avec 73 347 JP et 4 697 admissions. Le traitement du cancer des voies respiratoires et thoraciques occupe le second rang au niveau de l'intensité de services avec 48 658 JP et 3 775 admissions. Les admissions pour cancer lymphatique sont au nombre de 2 814 et 40 004 JP. Les personnes atteintes de cancer de l'appareil génito-urinaire consomment 39 136 JP pour 5 174 admissions. Les femmes admises pour cancer du sein sont au nombre de 3 440 pour 16 826 JP. Les patients hospitalisés pour un cancer des os et du tissu conjonctif sont au nombre de 686 pour 9 673 JP. Pour la clientèle en ORL, il y a eu 1 114 admissions avec un diagnostic de cancer pour un total de 9 663 JP. Il y a eu 368 admissions pour les cancers du système nerveux avec 6 827 JP. Enfin, pour les personnes atteintes d'un cancer de peau, il y a eu 1 129 admissions pour 3 595 JP.

Tableau 22 – Nombre des JP en oncologie, 1998-1999 et 1999-2000

Nombre de JP en oncologie, 1998-1999 et 1999-2000

	1998	1999	2000	1998-1999	1999-2000	1998-2000	Admissions	JP
Appareil digestif	0	3 232	5 500	8 435	7 054	4 466	0	4 466
Appareil génito-urinaire	104	953	2 900	3 009	8 020	3 716	0	3 412
Autre	1	340	568	142	605	363	12	231
Lymphatique	4	951	2 447	1 272	3 548	2 852	178	3 082
Os et tissu conjonctif	0	75	425	334	593	620	0	580
Peau	9	12	575	248	330	377	51	532
Sein	25	786	2 315	1 477	3 362	1 104	0	890
Système nerveux	0	243	678	378	1 622	698	1 401	158
Tête et cou	0	64	292	313	2 317	511	0	1 116
Voies respiratoires et thoraciques	0	3 571	4 900	2 426	8 858	3 194	31	2 302
Total	221	10 187	20 618	18 038	34 506	17 901	1 674	16 747

Les jours présence sont plus élevés lors d'une hospitalisation pour un cancer du système nerveux, du système digestif, lymphatique ou pour un cancer des os ou du poumon. Les cancers de la peau et du sein ne nécessitent qu'une brève hospitalisation car de plus en plus les chirurgies sont effectuées en chirurgie d'un jour. Les sièges tumoraux du système digestif et de l'appareil respiratoire sont ceux qui mobilisent le plus de lits. À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le plus grand volume de lits est réservé aux patients suivis pour un cancer du système lymphatique.

Les plus grands producteurs de services sont : le CHUM, le CUSM, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital général juif et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Quant aux deux hôpitaux pédiatriques, l'Hôpital Sainte-Justine fait trois fois le volume d'activités en oncologie que l'Hôpital de Montréal pour enfants. En effet, le volet pédiatrie rejoint 560 enfants admis à l'Hôpital Sainte-Justine pour un total de 5 466 JP et 168 enfants admis à l'Hôpital de Montréal pour enfants avec 1 309 JP.

Radio-oncologie

Les activités en radio-oncologie sont définies en termes d'unités techniques provinciales. Le Tableau 23 nous définit l'importance des activités réalisées. Le CHUM domine dans ce secteur d'activités, suivi par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le CUSM et l'Hôpital général juif.

Les unités techniques décrites au tableau suivant démontrent une augmentation des activités de 1 367 765 unités techniques de 1997-1998 à 1999-2000. Le CHUM demeure le plus important centre de radio-oncologie de la région de Montréal-Centre, suivi du CUSM, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital général juif.

Tableau 23 - Activités en radio-oncologie

	RADIO-ONCOLOGIE 97-99				Total	RADIO-ONCOLOGIE 98-99				Total	RADIO-ONCOLOGIE 99-00			
	Usagers		Usagers			Usagers		Usagers			Usagers		Usagers	
	admis	Inscrits	autres	validés		admis	Inscrits	autres	validés		admis	Inscrits	autres	validés
CENTRE HOSPITALIER DE LACHINE					0					0				
HOP. DU SACRE-COEUR DE MTL					0					0				
CENTRE HOSPITALIER FLEURY	16 720				16 720	22 858				22 858	18 770			
HOPITAL JEAN-TALON	2 805				2 805	3 977				3 977	1 229			
L'HOP. SIR MORTIMER B. DAVIS	1 655				1 655	1 171				1 171	2 047			
L'HOP. SIR MORTIMER B. DAVIS	37 199	463 802	3 025	1 190	493 216	33 656	533 553	4 217	643	671 469	4 220	613 038	12 264	3 282
L'HOP. SIR MORTIMER B. DAVIS	2 102	67 878			69 980	2 271	73 438			75 709		87 225		
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE					0					0				
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	48 562	1 590 466		73 785	1 712 813	58 743	1 785 410		73 300	1 817 453	60 960	2 046 128		82 945
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT		12 372			12 372		2 154			2 154				
L'HOP. DE MONTREAL POUR ENFANTS	4 468				4 468	542				542				
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	39 105	1 100 096	9 032	35 661	1 183 894	55 540	1 740 069	2 254	31 165	1 828 968				
HOP. NEUROLOGIQUE DE MONTREAL					0					0				
HOP. NEUROLOGIQUE DE MONTREAL	10 789				10 789	3 397				3 397				
HOPITAL ROYAL VICTORIA	28 548	423 042		8 170	499 760					0				
HOPITAL ROYAL VICTORIA	1 505				1 505					0				
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	5 830				5 830	2 232				2 232	588			
HOPITAL SAINTE-JUSTINE	9 515				9 515	8 090				8 090	10 185			
HOPITAL SANTA CABRINI	8 169				8 169	8 747				8 747	6 001			
C.H. ANGRIGNON	3 906				3 906	5 795				5 795	1 812			
CH UNIVERSITE DE MONTREAL	130 223	2 443 831	1 759	57 885	2 633 698	133 948	2 687 669	44 014	50 357	2 815 988	158 847	2 706 285		47 890
CUSM					0					0	63 706	2 052 458	2 684	4 527
CUSM					0					0	154			
TOTAL	281 637	6 021 237	13 816	178 691	6 494 381	281 897	6 749 791	30 488	159 465	7 081 541	287 733	7 417 909	18 128	138 634
TOTAL	87 984	80 350	0	0	168 334	59 031	78 592	0	0	137 623	41 087	87 225	0	0

Unité de mesure: Nombre d'unités techniques provinciales
Source: AS-478

Des accélérateurs de haute énergie ont été mis en fonction en août et septembre 2000 à l'Hôpital général juif et au CHUM. Selon les prévisions, on aurait dû s'attendre à 430 traitements de plus pour la région. En réalité, malgré les délais d'installation des nouveaux appareils et la diminution des ressources humaines, la région de Montréal-Centre a produit, en 2000-2001, 1 814 traitements de plus qu'en 1999-2000.

Tableau 24 - Radio-oncologie : Activités réalisées dans la région de Montréal-Centre

Activités réalisées 1999-2000 et 2000-2001				
Établissement	Année	# patients	# traitements	# appareils
CUSM *	1999-2000	2 000	40 000	5 (période 1 à 12)
				4 (période 13)
	2000-2001	2 195	40 000	4
CHUM	1999-2000	4 326	61 287	7
	2000-2001	4 486	62 039	8
Général juif **	1999-2000	904	14 602	2
	2000-2001	924	14 914	3
HMR	1999-2000	4 221	63 315	7
	2000-2001	4 271	64 065	7
TOTAL	1999-2000	11 451	179 204	20
	2000-2001	11 681	181 018	22

Source : données des établissements

Activités hors région et aux USA

De juin 1999 à mai 2001, le MSSS a procédé au transfert de la clientèle de radio-oncologie vers les États-Unis ou vers Trois-Rivières. Il va s'en dire que sans ces mesures additionnelles, les listes d'attente seraient encore plus préoccupantes.

Tableau 25 - Bilan des activités hors région

Établissements	Transferts aux USA	Transferts à Trois-Rivières
CHUM	350	8
CUSM	138	5
Maisonneuve-Rosemont	169	17
Général juif	91	0
TOTAL	948	30

Source : Comité radio-oncologie.

Depuis 1992, la région de Montréal-Centre a vu son volume de patients traités passer de 8 396 patients à 9 896 en 2000, soit 1 500 patients de plus (une augmentation de 18 %). La proportion des cas traités en radiothérapie est de 53 % et 2 % des cas sont traités en curiethérapie. Les quatre centres hospitaliers impliqués dans la distribution des services en radio-oncologie réalisent 58 % des activités provinciales en 2000.

Tableau 26 – Patients traités par radiothérapie transcutanée selon le centre de traitement, Québec, 1992 à 2000

Région	Centre	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
2	Sagamié	523	520	520	606	590	650	692	683	663
1	CHRB								393	655
4	CHTB								9	889
5	CHUS	822	1004	978	1058	933	1030	1128	1275	1181
7	CHVO				35	344	396	504	627	741
6	CHUM	3317	3458	3625	3622	3737	3641	3646	3631	3404
6	CUSM	1990	2069	2057	2004	2004	1986	2249	2184	2195
3	CHUC	2838	2613	2706	2776	2842	2865	3013	2790	2761
6	HGJ	660	719	842	844	785	764	795	810	885
6	HMR	2429	2536	2691	2741	2593	3000	3295	3590	3412
	Ontario	342	404	445	442	172	105	182	115	100
	États-Unis								302	918
	Total (sauf EU)	12721	13323	13864	14128	14000	14417	15504	16107	17084

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radiooncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 27 – Patients traités en curiethérapie selon la région de résidence, Québec, 1993-1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas-St-Laurent	15	11	18	19	21	19
2 Saguenay/Lac-St-Jean	84	85	111	107	115	118
3 Québec	54	57	45	51	54	72
4 Mauricie-Bois-Francs	35	32	32	26	35	53
5 Estrie	11	7	22	19	19	17
6 Montréal-Centre	253	222	212	168	182	165
7 Outaouais	158	142	106	38	13	35
8 Abitibi-Témiscamingue	14	5	10	5	13	9
9 Côte-Nord	8	10	10	5	17	7
10 Nord-du-Québec	1	1	2	5	9	4
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	9	12	9	9	6	5
12 Chaudière-Appalaches	28	32	30	31	28	27
13 Laval	23	28	21	13	21	18
14 Lanaudière	29	23	15	25	23	33
15 Laurentides	33	25	39	18	28	31
16 Montérégie	99	78	94	82	85	93
17 Nunavik	0	1	0	1	1	0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	1	0	0	1	0
Total	857	775	777	626	674	708

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radiooncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Dépenses consenties

Tableau 28 – Dépenses consenties en radio-oncologie

Exercice	Nom établissement	Salaires+vs- sociaux+charges sociales total (HEURES)	Salaires+vs- sociaux+charges sociales total	Services achetés	Total des coûts directs nets (HEURES)	Total des coûts directs bruts	Total des coûts directs nets (heures)	Total des coûts directs nets
1997-1998								
Total		388 692	6 390 506	313 081	388 692	3 666 443	388 692	9 111 554
1998-1999								
Total		399 777	6 533 167	245 771	399 777	3 658 414	399 777	9 266 071
1999-2000								
Total		421 305	9 142 834	199 013	420 198	10 333 028	420 198	10 039 166

Source: Rapports financiers AS-471 des établissements de santé

Ce tableau nous démontre un accroissement des activités entre 1997-1998 et 1999-2000 de l'ordre de 31 476 heures pour un montant global de 927 614 \$.

Les ressources attribuées en radio-oncologie en termes de ressources humaines, matérielles et financières se retrouvent au tableau 29. Des investissements de plus de 31,7 M\$ ont été consentis depuis 1999-2000 à ce jour en immobilisation et 2,76 M\$ en budget de fonctionnement.

D'ici 2008, 63 M\$ seront investis dans des projets d'immobilisations et d'achats de nouveaux équipements et environ 3,6 M\$ en budget d'opération.

Tableau 29 - Ressources humaines, matérielles et financières en radio-oncologie

	CUSM (1)			CHUM (2)			HMR (3)			Général Jull (4)		
	1998-1999	2001	Prévu 2008	1998-1999	2001	Prévu 2008	1998-1999	2001	Prévu 2008	1998-1999	2001	Prévu 2008
Ressources humaines												
Radio-oncologues	7	8	8	12	16	18	8	11	15	3	3	5
Technologues	38 postes, 25 tech.	49	-4	49	70	77	31	49	63	10	21	21
Infirmières	3	3	3	2	2	2	5	5	5	2	2	2
Physiciens	7	8	8	9	12	13	8	8	10	2	4	4
TOTAL	42	36	34	72	100	110	62	73	63	17	30	32
Ressources matérielles												
Accélérateurs haute énergie	1	3	3	3	4	6	2	2	5	1	2	2
Accélérateurs basse énergie	1	1	1	2	2	3	3	3	4			1
Accélérateurs basse et moyenne énergie	2	1	1			2						
Cobalt	2			2	2		2	2		1	1	
Brachythérapie	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0
Planificateur de traitement	5	5	5	4	6	8	2	2	2	0	1	1
CT Sim	1	1	1		1	2	1	1	1			
Simulateur	2	3	3	2	3	4		1	2		1	1
TOTAL	15	18	16	14	18	27	11	12	18	2	5	5

Ajout de ressources financières pour équipement, immobilisation et budget de fonctionnement entre 1999-2000 et 2001-2002 et prévision 2008

Ressources financières	CUSM			CHUM			HMR			Général Jull		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2008	1999-2000	2000-2001	2008	1999-2000	2000-2001	2008
Équipements et immobilisation												
	14,9 M \$			3,4 M \$	5,7 M \$		3,4 M \$			4,282 M \$		6,6 M \$
TOTAL	14,9 M \$			3,4 M \$	5,7 M \$		3,4 M \$			4,282 M \$		6,6 M \$
Budget de fonctionnement											780 000 \$	
		120 000 \$	720 000 \$	420 000 \$	720 000 \$							
TOTAL		120 000 \$	720 000 \$	420 000 \$	720 000 \$	2,6 M \$			240 000 \$		780 000 \$	

Évolution des listes d'attente

Tableau 30 - Listes d'attente, Chirurgie générale en cancer

15 décembre 2001		Chirurgie générale Cancer														
CHIRURGIE																
LISTE D'ATTENTE																
ETABLISSEMENTS	Nombre de patient en attente	1 et plus													plus 1 an	
		1 et moins	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14
CH DE VERDUN	20	13					1	1		2					1	2
CH LACHINE	2															
CH FLEURY	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOPITAL DU SACRÉ COEUR	9	7	1	1												
HOPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	16	3	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
HOPITAL GÉNÉRAL LAKESHORE	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOPITAL JEAN-TALON	6															
HOPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	1	1														
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	60	18	9	5	2	0	4	0	0	0	0	0	0	3	16	
HOPITAL ROYAL-VICTORIA	21	7	4	0	0	1										
HOPITAL SANTA CABRINI	8	4	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CHUM	157	45	12	11	7	3	3	2	7	7	3	9	0	45		
TOTAL RÉGIONAL	308	98	32	19	11	5	9	2	10	7	3	9	4	63		

Note: Le total des colonnes 2 à 16 doit donner un total égal au nombre inscrit à la colonne 1

En chirurgie générale, il y a 308 patients qui attendent une intervention chirurgicale pour un cancer dont 174 attendent 1 mois et plus, soit 56 %. Le plus grand nombre de patients en attente et l'attente la plus longue sont au CHUM et en second lieu à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Tableau 31 - Liste d'attente en neurochirurgie cancer cérébral

15 décembre 2001		Neurochirurgie Tumeurs cérébrales															
CHIRURGIE																	
LISTE D'ATTENTE																	
ETABLISSEMENTS	Nombre de patient en attente	1 et plus													plus 1 an	programmé	n.d.
		1 et moins	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	5	5															
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	1	1															
HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL	8	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0		
HÔPITAL SACRÉ-COEUR	2		1	1													
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	0																
CHUM	34	0	0	2	1	1	1	1	1	1	3	0	0	23	0		
TOTAL RÉGIONAL	50	8	2	5	1	1	1	1	1	1	3	0	0	23	3		

Trente neuf patients attendent plus d'un mois dont 34 d'entre eux sont sur la liste d'attente du CHUM, trois à l'Hôpital neurologique de Montréal et deux à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. De décembre 1999 à décembre 2000, il y a eu une augmentation de 32 % et en décembre 2001, une baisse de 14 %. Une constante demeure, c'est toujours au CHUM que la liste d'attente est la plus longue.

Tableau 32 - Liste d'attente en gynéco-oncologie

15 décembre 2001		Gynécologie Cancer													
CHIRURGIE															
LISTE D'ATTENTE															
ETABLISSEMENTS	Nombre de patient en attente	plus pro- grammé													
		1 et moins	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	1 an	15
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CH VERDUN	11	2	1	1	1		2		1	1		1			1
HOPITAL DU SACRÉ COEUR	6	3	1				1	1							
HOPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	95	28	24	15	11	9	5	3							
HÔPITAL JEAN-TALON	2				1										1
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
HOPITAL ROYAL-VICTORIA	12	4	2												6
HOPITAL SANTA CABRINI	9	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CHUM	20	7	1	0	4	0	0	1	1	0	0	1	0	1	4
TOTAL RÉGIONAL	162	48	34	17	17	9	8	5	2	1	0	2	0	4	15

Note: Le total des colonnes 2 à 16 doit donner un total égal au nombre inscrit à la colonne 1

Les femmes en attente en gynéco-oncologie sont au nombre de 162 dont 99 d'entre elles attendent un mois et plus, soit 61 %. C'est à l'Hôpital général juif que nous retrouvons le plus grand nombre de patients en attente. Des femmes attendent plus d'un an dans trois CHSGS.

Évolution des listes d'attente en radio-oncologie par établissement

Tableau 33a - Hôpital général Juif

Liste attente	Pts en attente >8sem	Total pts en attente de 1 à + de 12 sem.	Délais d'attente
9 sept. 2000	11	51	> 12 sem.
27 janvier 2001	11	46	< 12 sem.
31 mars 2001	0	29	< 9 sem.
30 juin 2001	1	45	> 12 sem.
20 octobre 2001	14	59	> 12 sem.
9 mars 2002	0	14	< 7 sem.

Tableau 33b - Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Liste attente	Pts en attente >8sem	Total pts en attente de 1 à + de 12 sem.	Délais d'attente
9 sept. 2000	74	190	> 20 sem.
27 janvier 2001	69	283	< 17 sem.
31 mars 2001	62	241	< 18 sem.
30 juin 2001	115	296	< 18 sem.
20 octobre 2001	88	261	< 18 sem.
9 mars 2002	48	265	> 20 sem.

Tableau 33c - CUSM

Liste attente	Pts en attente >8sem	Total pts en attente de 1 à + de 12 sem.	Délais d'attente
9 sept. 2000	71	228	> 20 sem.
27 janvier 2001	72	197	> 20 sem.
31 mars 2001	42	181	< 11 sem.
30 juin 2001	57	218	> 12 sem.
20 octobre 2001	23	150	> 12 sem.
9 mars 2002	12	88	< 13 sem.

Tableau 33d - CHUM

Liste attente	Pts en attente >8sem	Total pts en attente de 1 à + de 12 sem.	Délais d'attente
9 sept. 2000	85	354	> 20 sem.
27 janvier 2001	29	228	> 20 sem.
5 mai 2001	60	319	> 20 sem.
30 juin 2001	28	242	< 19 sem.
20 octobre 2001	10	199	< 16 sem.
9 mars 2002	41	294	< 18 sem.

Nous pouvons constater que pour l'ensemble des établissements, il y a une diminution des patients en attente de plus de huit semaines en date du 9 mars 2002, sauf pour le CHUM. La mise en place de mesures spéciales de temps supplémentaires a eu des impacts sur les listes d'attente. Dès la fin de ces mesures, on notait une recrudescence des patients en attente de plus de huit semaines. Le CUSM a présenté de sérieux problèmes de rétention et de recrutement du personnel avec la fermeture des services de radiothérapie à l'Hôpital Royal Victoria en juin 2001.

En date du 9 mars 2002, 661 personnes étaient en attente de traitement en radio-oncologie dont 33 femmes attendaient plus de huit semaines pour le traitement d'un cancer du sein et 68 hommes attendaient plus de huit semaines pour le traitement d'un cancer de la prostate.

Ressources humaines disponibles en CHSGS et CLSC

Les ressources disponibles en CHSGS sont énumérées au tableau suivant.

Tableau 34 – Ressources disponibles en CHSGS, 1^{er} février 2001

Nombre de personnes	CHUM	CUSM	HMR	G.Juif	Sacré-Cœur	Sainte-Justine	Mtl pour enfants	St. Mary	Lakeshore	LaSalle	Verdun	Fleury	Jean-Talon	Santa Cabrini	Lachine
Médecins															
Anatomo-pathologie	14 dont 2 onco	20	5	12	4	5	4	6	3	0	4	2	2	2	2
Anesthésiste-réanimation	41	42	18	15	14	15	9	8	5	4	5	3	3	4	3
Chirurgien général	32	32	12	14	8	12	7	6	5	4	5	4	4	5	5
Chirurgien colon rectal				3											
Chirurgien sein				3						1					
Chirurgien oncologue		4											1		
Cervico-facial				2											
Gastro-entérologue	25	14	5	5	4	4	2	4	2	4	5	3	4	4	2
Génétique médicale		4		2		5	5								
Héмато-oncologue	15	15	17	7	14	8	3	5	2	0	1	6	2	2	0
Médecine nucléaire	14	5	4	2	3	2	2	3	3	0	2	0	4	2	0
Médecins en soins palliatifs	2	9		4	1						4		3	4.9	2
Neuro-chirurgie	7	10 2 onco	2	3	4	4	6	0	0	0	2	1	1	0	0
Obstétrique-gynéco.	27	31	1	24	7	17	2	1 onco	9	8	1	5	3	7	1

Nombre de personnes	CHUM	CUSM	HMR	G.Juif	Sacré-Cœur	Sainte-Justine	Mtl pour enfants	St. Mary	Lakeshore	LaSalle	Verdun	Fleury	Jean-Talon	Santa Cabrini	Lachine
ORL	12	11	2	12	8	4	7	4	4	6	3	4	4	5	3
Pédiatre	5	12	17	22	2	101	86	7	4	4	0	0	0	0	0
Pédopsychiatre	1														
Pneumologue	24	33	2	7	12	8	4	4	1	3	4	3	0	2	3
Psychiatre	3		1		7			1							
Radio-oncologue	12	8	8	3											
Radiologie diagnostique	44	35	17	11	13	12	8	5	2	2	6	2	4	3	4
Urologue	19	14	5	6	3	2	5	3	4	1	5	2	3	6	2
Oncologues*		9	11		3			4			1	0			
Professionnels															
Clinicienne	1.5	1	1	1	1		1				1		1	1	
Dentiste				3											
Dietétiste	1		1.2	2	Accès équipe 8	1	PRN	PRN *	PRN		1			0.5	
Éducatrice					1.6										
Ergothérapeute				1				PRN		PRN					
Ergo/physio			0.2		1.5		PRN							0.5	
Éthicienne								PRN							
Infirmières		63		38	54	65	26	11			5				2
Infirmières cliniques ext.	19.8	23	11		3.5	10	6	3	2	1	1	0	1		
Infirmière de liaison		4			1	1	1			1				1	1
Infirmière s. palliatifs		29													
Infirmière soins à domicile						3									
Inhalothérapeute								PRN		PRN					

Le nombre de médecins disponibles selon les différentes spécialités n'est pas exclusivement réservé aux cas de cancer sauf pour les hémato-oncologues et bien sûr les radio-oncologues qui sont décrits au niveau de la radio-oncologie.

Le PQLC préconise le développement d'intervenants pivots. Ceux-ci ne sont pas identifiés comme tel actuellement. Les infirmières cliniciennes, les infirmières de liaison ou les infirmières en cliniques externes pour la clientèle pédiatrique jouent ce rôle. Cependant, on note que plusieurs d'entre elles ne s'occupent pas uniquement des cas de cancer et leur nombre est insuffisant. Aussi, afin de bien encadrer la clientèle, on devrait retrouver un intervenant pivot par 80 patients environ.

Seulement l'Hôpital général juif souligne la présence d'un dentiste assigné spécifiquement à la clientèle oncologique. L'ensemble des établissements offre peu de services de diététiste même si ces professionnelles sont très importantes pour le soutien à la clientèle surtout pour les cancers de l'appareil digestif et en ORL.

Les éducatrices sont présentes auprès de la clientèle pédiatrique à l'Hôpital Sainte-Justine. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes dédiées à l'oncologie sont très peu nombreuses.

St. Mary nous a souligné la présence d'un ressource en éthique utilisée au besoin.

Le nombre d'infirmières dans les unités de soins et aux cliniques externes n'est pas valide puisque beaucoup d'entre elles travaillent auprès de la clientèle atteinte d'un cancer mais ne sont pas identifiées comme tel.

Le nombre de stomothérapeute est peu élevé. Une seule stomothérapeute certifiée est présente dans cinq hôpitaux pour toute la région.

Les infirmières en soins palliatifs sont confondues à l'intérieur d'une unité de soins car les lits dédiés aux soins de fin de vie sont peu nombreux. L'Hôpital Sainte-Justine compte trois infirmières allouées aux soins à domicile pour la région de Montréal et l'infirmière de liaison fait le suivi auprès des CLSC des régions éloignées.

Peu ou pas d'inhalothérapeute sont dédiés exclusivement à cette clientèle. L'Hôpital Sainte-Justine, grâce à l'implication de Leucan, offre les services d'une massothérapeute. L'Hôpital de Verdun met à la disposition de sa clientèle, les services d'un musicothérapeute.

Tous les centres hospitaliers qui offrent les traitements de chimiothérapie ont un ou des pharmaciens dédiés à cette clientèle.

Le volet soutien est très faible dans tous les CHSGS. On compte très peu ou pas de psychologues, de travailleurs sociaux, de sexologues ou de service de pastorale dédiés à l'oncologie.

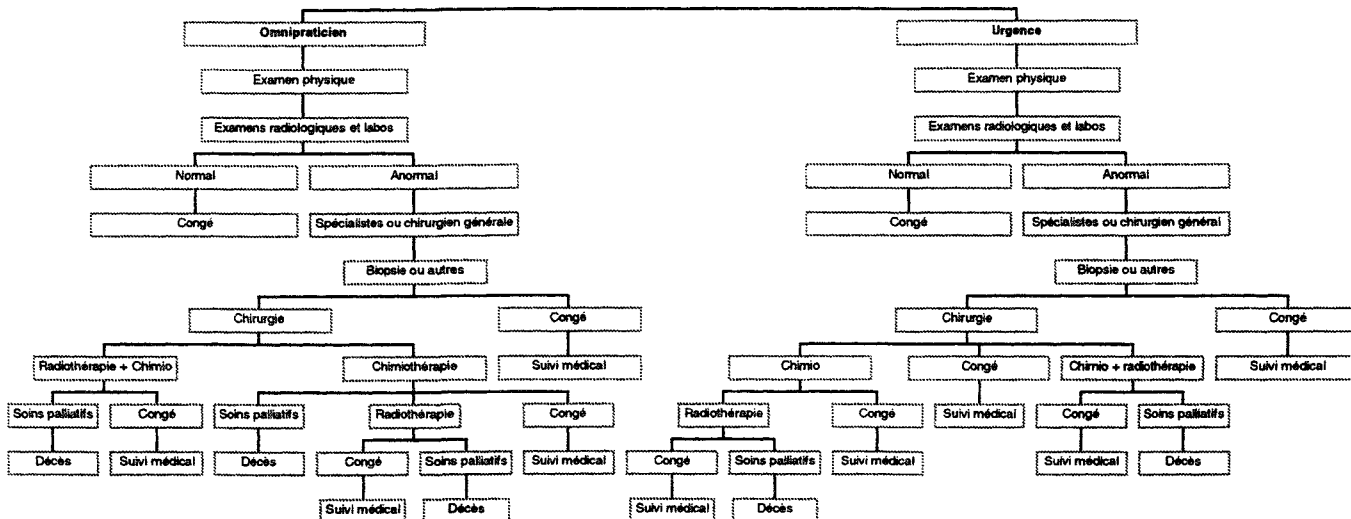
Ressources humaines en CLSC

Le système d'information des CLSC ne nous permet pas de distinguer les professionnels en fonction de leurs activités et de discriminer ce qui a trait aux soins oncologiques des services posthospitaliers en général. De plus, les travailleurs sociaux et les psychologues sont regroupés sous une même appellation.

Cheminement du patient

Le cheminement du patient varie selon le type de cancer. Un cancer du sein peut être diagnostiqué par un omnipraticien ou un gynécologue ou lors d'un examen de dépistage dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein. Aussi grâce au PQDCS, le processus de prise en charge est plus structuré. Une personne atteinte d'un cancer en ORL, en pneumologie ou en gynécologie ou autres aura différentes portes d'entrée et différentes approches thérapeutiques.

Exemple du cheminement du patient dans le cas d'un cancer en général



Lors des congés, il peut y avoir des transferts en CLSC ou en centre de réadaptation, selon le cas. La majorité des traitements de chimiothérapie sont administrés en ambulatoire sauf pour les patients très faibles avec multipathologies qui sont admis à l'hôpital. Les traitements de radiothérapie sont dispensés aux patients en ambulatoire ou certains patients sont transférés dans un hôpital de réadaptation le temps de leurs traitements ou en hôtellerie pour les cas de cancer où les services ne requièrent pas un soutien technologique ou professionnel.

Le CHUM transige avec la plupart des CLSC de Montréal et le Centre hospitalier de Verdun. Par ailleurs, c'est le centre universitaire qui reçoit le plus de références des autres régions. Outre les régions périphériques (surtout la Montérégie, les Laurentides et Lanaudière), le CHUM a des corridors de services avec la clientèle de l'Abitibi, de l'Estrie et de la région Mauricie-Centre du Québec.

Le CUSM réfère principalement aux CLSC Côte-des-Neiges, Métro, Notre-Dame-de Grâces, Pierrefonds, Verdun Côte-St-Paul et Lac St-Louis. Ses principaux partenaires extra-régionaux sont la Montérégie, les Laurentides et l'Ontario.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est essentiellement un hôpital régional. Les CLSC de la région de l'Est de Montréal sont ses principaux collaborateurs ainsi que ceux de la région de Lanaudière. Par ailleurs, dans le programme de greffe de moelle osseuse, sa clientèle provient de toutes les régions du Québec.

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a établi des corridors de services avec la région des Laurentides, de Laval et de l'Abitibi. Les CLSC d'Ahuntsic, de Bordeaux-Cartierville, de Montréal-Nord et l'Hôpital Fleury sont ses principaux collaborateurs dans le continuum de services.

Les centres hospitaliers LaSalle et Lachine ont négocié des ententes de services avec le Centre hospitalier de Verdun pour les services de chimiothérapie. Le Centre hospitalier de LaSalle a développé, pour sa clientèle anglophone, des alliances avec le CUSM pour les services de chirurgie et de traitements en radio-oncologie et avec le CHUM pour la clientèle francophone.

OSBL

Des associations sans but lucratif sont aussi impliquées dans le continuum de services :

Fondation québécoise de lutte contre le cancer	<ul style="list-style-type: none">▪ 48 lits▪ offre des services d'hôtellerie, de transport, de soutien, d'enseignement et de recherche auprès de la clientèle cancéreuse et sa famille
Lampistes – Association contre la leucémie et le cancer infantiles (Lamplighters Association)	<ul style="list-style-type: none">▪ équipe de bénévoles œuvrant auprès de la clientèle pédiatrique anglophone apportant soutien psychologique et monétaire pour les enfants et leur famille.
Leucan	<ul style="list-style-type: none">▪ association de bénévoles qui recueille des fonds pour les soins et la recherche auprès de la clientèle pédiatrique atteinte d'un cancer
Programme Belle et bien dans sa peau	<ul style="list-style-type: none">▪ bénévoles de différents CHSGS aidant les personnes atteintes de cancer à se prendre en main et à accroître leur estime de soi.
Sceaders Association	<ul style="list-style-type: none">▪ équipe de bénévoles libanais qui travaille depuis 30 ans auprès de la clientèle adulte atteinte de cancer et en plus qui voit à l'achat d'équipements pour le centre hospitalier et le domicile
Société canadienne du cancer	<ul style="list-style-type: none">▪ 30 chambres, occupation double▪ offre des services d'hôtellerie, de transport, de soutien, d'enseignement et de recherche auprès de la clientèle cancéreuse et sa famille▪ service d'information sur le cancer sans frais et bilingue ligne 1-888-939-3333
Vie nouvelle, Organisme de croissance	<ul style="list-style-type: none">▪ groupe d'entraide bénévole pour personnes atteintes de cancer, leur famille et l'équipe soignante.
Virage – Groupe d'entraide pour personnes atteintes de cancer et leurs proches	<ul style="list-style-type: none">▪ service de bénévoles au CHUM pour les personnes atteintes de cancer facilitant le transport de la clientèle atteinte d'un cancer.

Circulation de l'information

Les informations sont transmises pour la plupart du temps par télécopieur sur un formulaire unique de transmission d'informations spécifiques pour assurer la continuité des services ou par téléphone entre les infirmières de liaison, intervenants pivots ou infirmières cliniciennes et l'infirmière à l'accueil du CLSC ou des centres de réadaptation.

Le développement de la télémédecine aux hôpitaux Sainte-Justine et du Sacré-Cœur de Montréal vient enrichir les discussions et les prises de décisions dans le choix du traitement approprié.

3.3.2. Bilan

Points forts

- Les CRID permettent aux femmes de bénéficier d'une approche globale, d'une préparation améliorée aux examens complémentaires, d'une prise en charge et d'un soutien. De plus, par ce dépistage précoce, nous visons l'amélioration des résultats cliniques et un suivi assidu.
- Les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés figurent parmi les plus grands producteurs de services en oncologie au Québec.
- Le CHUM et le CUSM sont des leaders en oncologie au niveau du réseau des services de santé québécois. Le CHUM est reconnu pour son expertise dans le traitement des cancers pulmonaires, du cerveau, du sein, du système digestif, en ORL et maxillo-facial et gynécologique. Le CUSM pour sa part est en tête de file pour le traitement des cancers de la peau avec l'Interleukin, les cancers du système nerveux, gynécologique et urinaire. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a atteint une réputation nationale dans le traitement des cancers hématologiques et de la greffe de moelle osseuse allogénique non apparentée. À l'Hôpital général juif, les médecins spécialistes en traitement du cancer du sein, en ORL et les médecins en cancer colorectal par leur approche clinique sont reconnus par leurs pairs. L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal offre des services spécialisés en cancérologie et surtout auprès des patients atteints d'un cancer pulmonaire, du sein et en ORL. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a aussi développé son expertise pour le traitement des sarcomes. La réputation de l'Hôpital Sainte-Justine n'est plus à faire en matière de cancérologie chez les enfants du Québec et de greffe de moelle osseuse. La direction du Centre hospitalier de St. Mary et son équipe médico-administrative se sont positionnés au sein du continuum de services pour le traitement du cancer dans la région de Montréal. Ainsi, l'organisation se perçoit comme un centre local et communautaire. Par ailleurs, ils se sont donnés les moyens pour bien jouer leurs rôles et ont fait des alliances avec le réseau McGill afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs clientèles.
- De façon générale, dans les centres visités, les sites tumoraux les mieux structurés sont ceux du cancer en ORL, du système digestif (colon-rectum), du système lymphatique, du cancer du sein et dans le programme de greffe de moelle osseuse. On note une volonté des établissements pour poursuivre cette démarche pour tous les types de cancer.
- Certaines structures par programme favorisent un suivi systématique de la clientèle. On retrouve cette approche par programme à l'Hôpital général juif, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au CUSM, à l'Hôpital Sainte-Justine et au Centre hospitalier de St. Mary. La continuité des services à l'intérieur de ces centres hospitaliers est tangible.
- Les centres pédiatriques sont bien organisés, et leur clientèle est bien desservie. Ils rejoignent 70 % de la clientèle du Québec.
- Le système d'information est en voie de développement pour plusieurs des CHSGS et facilitera le transfert des informations pertinentes pour toutes consultations ou admissions au cours de la période de soins. Le développement de la télémédecine à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal vient enrichir les discussions et les prises de décisions dans le choix du traitement approprié.
- Un fichier des tumeurs a été élaboré au CUSM, à l'Hôpital du Sacré-Cœur et à l'Hôpital Sainte-Justine.
- Les directions générales des CHU ont travaillé à centraliser les activités oncologiques afin de rentabiliser les organisations et de mieux coordonner les activités. Ainsi, les services de radiothérapie sont offerts sur un seul site au CUSM (Hôpital général de Montréal) et il en sera de même au CHUM (Hôpital Notre-Dame) à la fin des présents travaux . (Début 2003)
- Les CHA ont axé leurs réflexions sur la situation de leur organisation au sein du panier de services en oncologie dans la région de Montréal. Ainsi, à l'Hôpital du Sacré-Cœur, un document a été publié à la suite des différents travaux à l'interne afin de mettre en place un programme en oncologie et de statuer sur les besoins futurs pour améliorer l'accessibilité aux services. À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des travaux de recherches et d'équipes médico-administratives ont dégagé des orientations stratégiques triennales en oncologie dans le but d'offrir un

continuum de services. Ces travaux internes ont duré un an et ont permis aux médecins spécialistes de s'exprimer et de participer à l'élaboration du projet. Des rencontres ont eu lieu avec les directeurs généraux des autres centres hospitaliers de la sous-région et même avec son principal partenaire de la région de Lanaudière et des CLSC environnants afin de pouvoir créer un continuum de services en se basant sur les principes élaborés par le PQLC. L'Hôpital général juif a déjà confirmé, avec son conseil d'administration, son intention de demeurer une organisation impliquée dans le domaine du traitement du cancer. Il veut se donner les moyens pour être un leader dans ce champs d'activités.

- Les deux centres universitaires, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital général juif et le Centre hospitalier de Verdun ont les services d'une stomothérapeute. La région de Montréal compte neuf stomothérapeutes diplômés pour une population de 199 939 habitants par stomothérapeute. La région de Montréal possède 56,25 % des ressources infirmières stomothérapeutes (Annexe 6).
- Les cliniques de stomothérapie du CHUM assurent les services à la clientèle des centres hospitaliers Jean-Talon, Fleury et de certains centres hospitaliers de la Montérégie.
- Les centres de radio-oncologie de la région de Montréal offrent des services à la fine pointe de la technologie. Le volume d'activités réalisées au sein de ces quatre centres hospitaliers représente 58 % des activités provinciales.
- Les effectifs médicaux sont nombreux et leur expertise n'est plus à démontrer.
- Plusieurs corridors de services sont déjà mis en place de façon informelle et d'autres sont en train de se formaliser. Par ailleurs, plusieurs ententes CH-CLSC ont été conclues depuis le début du virage ambulatoire.

Points faibles

- Les conférences de tumeurs se tiennent de façon régulière dans certains hôpitaux mais pas partout. Tous les nouveaux cas ne sont pas sujets de discussion et les conférences de tumeurs ne traitent pas tous les sièges tumoraux.
- Malgré l'accroissement budgétaire, les établissements font face à l'accroissement des coûts occasionnés par les nouveaux médicaments antinéoplasiques.
- La standardisation de la pratique clinique devrait être optimisée.
- Aucun des centres hospitaliers ne dispose d'une équipe oncologique pour chaque site tumoral.
- L'absence d'intervenants pivots suffisants pour répondre aux besoins est généralisée pour l'ensemble des CHSGS.
- Le manque de soutien social, psychologique et moral est dramatique dans l'ensemble des établissements.
- La formation des infirmières varie d'un centre hospitalier à l'autre. La plupart des infirmières n'ont pas de formation universitaire ou ne sont pas certifiées en oncologie.
- Malgré l'intensité des activités et le niveau d'intervention, plusieurs centres universitaires et affiliés font face à une pénurie de personnel et d'expertise surtout en soins infirmiers. Les services d'infirmière clinicienne, d'infirmière monitrice ou mentor et d'intervenant pivot sont à développer.
- Actuellement, la plupart des hôpitaux producteurs de services ne fournissent pas les aires de traitements adéquats pour l'administration des substances antinéoplasiques et pour des séances d'enseignement privées ou collectives. La promiscuité vécue dans les cliniques externes d'oncologie des hôpitaux est non seulement difficile à supporter pour la clientèle et pour le personnel infirmier. Les risques d'accidents /incidents sont omniprésents. Aucune intimité n'est respectée. Un va-et-vient constant rend la tâche ardue. Ceci ne facilite pas la rétention du personnel.
- Il n'y a pas d'uniformisation au niveau de la prescription et du suivi des traitements de chimiothérapie. En effet, dans certains milieux, ce sont les oncologues qui prescrivent et supervisent le suivi médical. Dans d'autres hôpitaux, ce sont les chirurgiens, les gynécologues ou les hémato-oncologues qui supervisent le traitement et le suivi de la clientèle.

- Actuellement, nous n'avons aucune facilité à documenter les délais d'attente pour le début des traitements de chimiothérapie par manque de données.
- Difficultés d'accès aux plateaux techniques surtout pour l'échographie, la tomographie et la résonance magnétique.
- Les résultats des examens d'investigation tardent à être transmis, ce qui occasionne des délais pour la confirmation du diagnostic et retarde le début du traitement.
- La plupart des grands centres hospitaliers éprouvent des difficultés avec les priorités au bloc opératoire pour les cas de cancer.
- La durée de séjour est souvent prolongée par manque d'équipe de soutien ou de lits pour la clientèle hors région qui nécessite des soins de convalescence ou de radiothérapie.
- L'accès aux services de radio-oncologie est problématique pour toute la clientèle adulte. Les listes d'attente ne cessent d'augmenter. Les établissements éprouvent de la difficulté à recruter et à retenir les technologues.
- Deux centres hospitaliers nous ont souligné que la coordination des services est souvent difficile avec les centres hospitaliers fournisseurs de services. Dans la majorité des cas, les traitements concomitants en oncologie et en radio-oncologie sont difficiles.
- Le dossier oncologique n'est pas développé partout. On assiste à un dossier subdivisé partagé entre les archives et les cliniques externes. Lors de consultations à l'urgence, les médecins ont peu de renseignements sur les réactions et traitements de chimiothérapie reçus en externe.
- Une réalité constante est que très peu de centres hospitaliers possèdent un support informatique relié au laboratoire, en radiologie, à l'admission qui pourrait diminuer les pertes de temps, faciliter les communications et alléger les démarches à effectuer.
- Les lacunes dans les communications entre les intervenants retardent souvent les transferts ou diminuent la qualité de la prise en charge par les médecins de famille.
- L'absence d'uniformité dans les services des CLSC.
- L'augmentation de la complexité des traitements accentue les difficultés à référer aux CLSC.
- De par sa situation démographique, la région de Montréal-Centre fait face à diverses problématiques afin d'harmoniser les services (le réseau francophone et anglophone et la présence du multiculturalisme tant au niveau de la clientèle adulte qu'au niveau pédiatrique).
- Le nombre important d'établissements ne facilite pas la notion d'« Apprendre à travailler ensemble et à former des équipes oncologiques ».
- L'accroissement important des activités en oncologie et des coûts de médicaments sans budget associé et l'obligation du maintien de l'équilibre budgétaire des établissements nous apparaissent comme un problème majeur pour le maintien de l'accessibilité des services.

3.4 Adaptation-Soutien

3.4.1. Situation actuelle et réalisation

Les aspects de l'approche thérapeutique en adaptation-soutien sont très fragmentaires. On peut noter des déficiences dans l'ensemble des hôpitaux. Par ailleurs, deux centres hospitaliers (Général juif et de St. Mary) ont développé un lieu de ressourcement et de dialogue. Des bénévoles et des professionnels y travaillent afin d'éduquer les nouveaux patients. Des revues scientifiques, des feuillets explicatifs et un site Internet sont à leur portée afin de répondre à leur questionnement et de les informer sur les différentes alternatives de traitement.

Les organismes communautaires comblent l'absence de services psychosociaux hospitaliers. Certains programmes ont été développés :

L'espoir, c'est la vie (Hope and Cope)	▪ différents bénévoles en milieu francophone et anglophone qui apportent soutien aux usagers et leur famille
Lampistes – Association contre la leucémie et le cancer infantiles (Lampighters Association)	▪ équipe de bénévoles œuvrant auprès de la clientèle pédiatrique anglophone apportant soutien psychologique et monétaire pour les enfants et leur famille.
Programme Belle et bien dans sa peau	▪ bénévoles de différents CHSGS aidant les personnes atteintes de cancer à se prendre en main et à accroître leur estime de soi.
Sceaders Association	▪ équipe de bénévoles libanais qui travaille depuis 30 ans auprès de la clientèle adulte atteinte de cancer et en plus qui voit à l'achat d'équipements pour le centre hospitalier et le domicile
Vie nouvelle, Organisme de croissance	▪ groupe d'entraide bénévole pour personnes atteintes de cancer, leur famille et l'équipe soignante.

La médecine alternative, la massothérapie, la thérapie animale, la musicothérapie et le suivi de deuil sont des services offerts dans certains centres hospitaliers de Montréal.

Des organismes ont voué leurs missions à la clientèle oncologique. La Société canadienne du cancer et la Fondation québécoise du cancer offrent des services d'hôtellerie, d'informations et de recherches en oncologie. LEUCAN est une fondation dédiée aux services et à la recherche en oncologie pédiatrique.

3.4.2. Bilan

Points forts

- L'Hôpital général juif possède un intervenant en psycho-oncologie.
- Le CHUM a recruté un docteur en psycho-oncologie afin de développer une expertise et une approche biopsychosociale.
- Tous les centres hospitaliers ont des bénévoles qui s'occupent des patients suivis en oncologie ou en soins palliatifs. Certains centres hospitaliers ont des programmes de formation spécifiques pour eux.
- On a pu noter la présence de psychiatres au CHUM, à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et à l'Hôpital général juif.

Points faibles

- Aucun travailleur social n'a une formation en oncologie. Ils apprennent au quotidien. Le nombre de travailleurs sociaux dédiés à l'oncologie est insuffisant pour le volume de clientèle à desservir. Il s'en suit que le soutien à la clientèle est souvent négligé.
- Peu d'expertise au point de vue psychosocial. L'ensemble des intervenants ne possèdent pas de certification.
- Dans l'ensemble, les bénévoles sont peu formés.
- La présence de psychiatres est rare.
- Les références aux CLSC sont presque absentes dans certains milieux et les références aux organismes communautaires sont minimales.

- Les hôtelleries n'offrent pas de services les fins de semaine. La Fondation québécoise ne donne pas de services de restauration et les clients doivent se rendre à la cafétéria de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM.
- Tous les centres hospitaliers ont soulevé la problématique du transport des patients. En effet, peu de centres hospitaliers possèdent des espaces de stationnement suffisants pour répondre aux besoins de la clientèle. Les accompagnateurs sont souvent des bénévoles et ne peuvent défrayer 8 \$ par jour et plus en frais de transport et de stationnement. Les traitements en externe sont difficiles à organiser compte tenu des délais imprévisibles à la suite des difficultés reliées au transport. Tous sont unanimes à déplorer le manque de moyens de transport pour la clientèle suivie en oncologie et l'augmentation excessive du coût des médicaments.
- La pénurie d'infirmières et de professionnels de soutien et d'adaptation rend difficile les congés et les retours à domicile de la clientèle.
- La difficulté à concilier le besoin de services en présence de l'Entraide Ville-Marie et le CLSC pour un même individu.

3.5 Soins palliatifs

3.5.1. Situation actuelle et réalisation

Services en CHSGS

Dans la région de Montréal-Centre, on retrouve 122 lits de soins palliatifs répartis dans 11 unités de soins dont neuf sont en CHSGS et deux en CHSLD. Il n'y a pas de lits dédiés à cette clientèle aux centres hospitaliers Lachine, Fleury, Lakeshore, Santa Cabrini et Jean-Talon. Aux hôpitaux Sainte-Justine et de Montréal pour enfants, les lits ne sont pas identifiés spécifiquement pour cette clientèle : ils sont polyvalents et dispersés dans l'établissement.

Outre les services médico-nursing offerts sur ces unités, on y retrouve, dans six d'entre elles, d'autres professionnels (psychologue, musicothérapeute, etc.) Dans les autres unités, ces professionnels sont disponibles au besoin, sur consultation.

Selon les données MedEcho, les unités de soins palliatifs, au cours de l'exercice 2000-2001, auraient effectué environ 2 415 admissions et la durée moyenne de séjour des clients admis était de 17,4 jours (Tableau A à la fin de la section des soins palliatifs). On constate de très grandes différences dans l'occupation des lits et les durées moyennes de séjour. On observe aussi une augmentation de 37 % de la clientèle entre 1998 et 2001 et une diminution de 15 % de la durée moyenne de séjour dans la même période.

Dans les CHSGS, les admissions proviennent principalement des unités de soins, sauf au CHUM où c'est la salle d'urgence qui fournit le plus grand nombre de clients à l'unité de soins palliatifs. Dans les CHSLD ayant une unité de soins palliatifs, les demandes proviennent souvent des hôpitaux mais, par ailleurs, celles provenant des CLSC sont traitées en priorité.

Une consultation du fichier MedEcho nous a permis d'identifier, pour chaque CHSGS et pour chaque unité de soins palliatifs en CHSLD, les personnes hospitalisées décédées en 2000-2001, qui étaient atteintes d'une maladie terminale et pour qui une approche palliative aurait été souhaitable. Ainsi, 8 110 clients ont pu être identifiés. De ce groupe, 51 % avait un diagnostic de cancer. Ces personnes provenaient dans 79 % des cas de la région de Montréal et leur dernière hospitalisation était, en moyenne, de 18,5 jours. (Tableau B)

Équipes de consultation en CHSGS

Onze établissements offrent un service de consultation en soins palliatifs pour les unités de soins. Dix d'entre eux nous disent être disponibles pour les unités de soins et l'urgence et neuf pour des ressources externes (CLSC, etc.) mais ces dernières les utilisent peu. À l'Hôpital Sainte-Justine, c'est une équipe de gestion de la douleur qui offre ce service tant à l'interne qu'à l'externe. Les centres hospitaliers Fleury et Jean-Talon n'offrent pas ce service et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, seule la clientèle en attente pour l'unité des soins palliatifs est suivie par une équipe spécialisée (Tableaux C, D et E). Par ailleurs, dans

ces trois établissements, il y a eu, au cours de l'exercice 2000-2001, 1 505 personnes hospitalisées qui sont décédées d'une maladie pouvant nécessiter une approche palliative.

Pour la majorité des CHSGS, le volume annuel de consultations se situe entre 100 et 400, sauf à l'Hôpital Royal Victoria et au CHUM où il est respectivement de 800 et 1900 par année.

Les équipes sont principalement composées de médecins et d'infirmières. Rarement, on y retrouve d'autres professionnels.

Outre la gestion de la douleur et le soutien psychologique, certains CHSGS offrent une consultation en éthique, un suivi de deuil, une liaison avec les services de 1^{re} ligne (CLSC, etc), des services nutritionnels, de pastorale ainsi que de la formation (formelle et informelle).

Services ambulatoires en CHSGS

Il y dix établissements (CHSGS) qui disent offrir des services ambulatoires en soins palliatifs. Les centres hospitaliers Jean-Talon, Fleury, Lakeshore, Lachine et Maisonneuve-Rosemont n'ont pas un tel service (Tableau F).

Certains centres hospitaliers vont plus loin dans l'offre de services et font des visites à domicile, soit Sainte-Justine, Montréal pour enfants, Général juif et Verdun.

Selon les informations fournies par les établissements, dans la dernière année, plus de 5 000 consultations et 300 visites à domicile auraient été faites. La majorité de ces consultations ont eu lieu au CUSM-Royal Victoria puisque celui-ci en aurait fait 4 000. Les autres établissements feraient environ 100 à 300 consultations par année.

La gestion de la douleur et du soutien psychologique sont les principaux services offerts de façon ambulatoire.

Accessibilité aux services médicaux et de soutien

Six CHSGS nous ont dit avoir des politiques et des procédures particulières d'accès aux services pour la clientèle en phase terminale de maladie. Ces établissements sont le CUSM, l'Hôpital Santa Cabrini, le Centre hospitalier de Verdun, l'Hôpital général du Lakeshore et les deux hôpitaux pédiatriques.

Dans les CLSC, l'accès au service de jour passe par l'accueil : le soir, la nuit et les fins de semaine, par le service INFO-SANTÉ. Lorsque requis, les services nursing et de soutien (par le biais d'une auxiliaire familiale) sont assurés 24 heures par jour, 7 jour par semaine par le CLSC ou une agence privée.

Des médecins sont disponibles dans 22 territoires de CLSC mais une garde médicale complète (jour-soir-nuit) est possible dans seulement six de ceux-ci. Il n'y a pas de médecins dans cinq territoires, soit Pierrefonds, Montréal-Nord, Saint-Laurent, Rosemont et Mercier-Est/Anjou. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a une entente avec l'unité de médecine familiale de Verdun (Tableau G).

Programme de soins palliatifs en CLSC

Tous les CLSC de la région de Montréal offrent des soins en fin de vie à la clientèle qui le requiert, et plus de la moitié de ces CLSC possèdent un programme ou un projet de programme de soins palliatifs.

C'est dans le sud-ouest et le centre-ville de Montréal que les services en CLSC sont les plus développés.

Les services sont offerts, en général, par l'équipe du maintien à domicile (MAD) et, dans 65 % des cas, c'est l'infirmière qui assume la prise en charge du client. Les autres intervenants qui dispensent ces soins sont des auxiliaires familiaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des médecins. Certaines équipes complètent leur expertise par des psychologues, des nutritionnistes et des inhalothérapeutes.

Dans 50 % des cas, les références proviennent de l'hôpital alors que les autres proviennent en majorité du domicile, soit 40 %. Plus rarement, les CLSC reçoivent des références de certains organismes communautaires (AEVM, VON), des médecins traitants, etc.

Selon des données partielles fournies par les établissements, il y aurait eu environ 1 406 nouveaux clients, en phase terminale de maladie, desservis par 18 CLSC entre le 1^{er} avril 1998 et le 1^{er} février 1999. Le volume de cette clientèle varie entre 16 et 250 clients par CLSC. Dans plus du tiers des cas, les données ne sont pas disponibles.

Les données actuelles ne nous permettent pas d'identifier précisément le volume de personnes qui auraient besoin de services.

Programmes connexes en CHSGS et CHSLD

Outre les services déjà existants décrits dans les chapitres précédents, certains CHSGS et CHSLD offrent des programmes particuliers pour la clientèle en phase terminale de maladie.

Neuf CHSGS offrent un suivi de deuil aux proches d'une personne décédée. De façon plus marginale, dans quelques établissements (1 ou 2), des services commémoratifs et des groupes de soutien des aidants font partie de la gamme de services offerts. C'est aux centres hospitaliers Angrignon et de St. Mary, aux hôpitaux Général juif et de Montréal pour enfants que les services semblent les plus développés.

Six CHSLD nous disent avoir développé un programme particulier de soins aux personnes en phase terminale de maladie. Ces établissements sont :

- Résidence Paul Lizotte
- Ma maison St-Joseph
- CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
- Centre d'accueil LaSalle
- Centre hospitalier Gériatrique Maïmonides
- CHSLD Champlain - Manoir de Verdun

Au Centre d'accueil LaSalle et au CHSLD Champlain - Manoir de Verdun, ce programme est écrit et très complet. Ces établissements semblent avoir développé une expertise précieuse en soins palliatifs.

Services offerts dans la communauté

Selon les informations fournies par l'ensemble des CLSC, 12 types de services seraient disponibles sur le territoire de Montréal. Ce sont les services de soins infirmiers, les services sociaux, le répit-dépannage et le prêt d'équipement qui seraient offerts le plus fréquemment alors que les groupes de soutien, l'inhalothérapie, l'accès aux médicaments d'urgence et la garde médicale sont moins fréquents.

Même s'ils sont disponibles, certains services sont peu accessibles. C'est le manque de ressources qui est le plus souvent mentionné. À cet égard, les CLSC nous ont souligné que le transport, les services médicaux (incluant la garde médicale) et le répit-dépannage seraient à développer pour faire face aux besoins de la clientèle.

Ces services sont fournis par les CLSC eux-mêmes, les cliniques privées, les pharmacies, les agences privées, les hôpitaux, Info-santé, des organismes communautaires ou, plus particulièrement, Entraide Ville-Marie (AEVM) et Victoria Order of Nurses (VON) dont la mission est spécifiquement orientée vers les soins palliatifs à domicile.

C'est dans les territoires de la Petite Patrie, de LaSalle, de Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et de Verdun/Côte St-Paul que l'on retrouve la plus grande diversité de services, pour la clientèle en phase terminale de maladie. Pour sa part, la clientèle des territoires de Bordeaux-Cartierville, Vieux Lachine, Mercier-Est/Anjou et Montréal-Nord est plus dépourvue.

Douze organismes communautaires affirment offrir des services à des clientèles en phase terminale de maladie. Ils effectuent des visites d'amitié, du transport, des courses, de la livraison de repas et du répit-dépannage. Ces groupes indiquent qu'ils ont, ensemble, répondu aux besoins de 1 164 personnes.

Par ailleurs, trois de ceux-ci ont donné des services à 1 080 personnes, soit l'Association d'Entraide Ville-Marie (AEVM) (494), les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) (464) et une association de Bordeaux-Cartierville, dont les bénévoles ont visité des personnes en phase terminale au Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci (122).

Seulement six organismes offrent une forme de soutien à leurs bénévoles qui accompagnent des personnes en phase terminale, principalement sous forme d'écoute active.

Services offerts par l'Association d'Entraide Ville-Marie (AEVM) et par les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON)

Ces deux organismes offrent des soins palliatifs aux personnes atteintes de cancer, sur l'ensemble de l'Île de Montréal. Ils fournissent principalement des soins infirmiers, du répit, de l'accompagnement et des prêts d'équipement. Par ailleurs, les services sociaux ainsi que tout autre service (ergothérapie, nutrition, etc.) doivent être fournis par les CLSC.

Les références à ces ressources proviennent principalement des hôpitaux mais dans environ 30 % des cas, ce sont les CLSC qui leur réfèrent des clients. Il y a une forte proportion des demandes acheminées à AEVM qui proviennent du Nord et de l'Est de l'île alors que VON dessert surtout le Sud-Ouest et l'Ouest.

Dix-neuf CLSC nous disent utiliser les services d'un de ces deux organismes, dont 15 ceux d'AEVM et 11 ceux de VON. Quelques CLSC ont précisé leur mode de collaboration avec VON dans un protocole écrit.

Comité éthique

Tous les établissements qui offrent des soins palliatifs n'ont pas accès à un comité d'éthique qui peut les aider en regard du choix de traitement ou pour faire le point sur la question d'acharnement thérapeutique, de traitement de fin de vie, etc.

Formation de base et continue

Dans les deux dernières années, c'est par le biais de congrès internationaux et de colloques provinciaux ou régionaux que les professionnels sont formés dans les CHSGS et dans les unités spécialisées en soins palliatifs dans les CHSLD. Par ailleurs, quelques-uns ont offert des formations variant d'une heure à une journée sur les soins de confort, la gestion de la douleur, l'accompagnement du mourant et de sa famille ou une réflexion sur la philosophie d'intervention en soins palliatifs. Entre autres, au Centre hospitalier Mont Sinai, plus de 21 conférences d'une heure ont été offertes et dans les deux hôpitaux pédiatriques plus de 10 personnes ont reçu des formations d'une journée et plus.

Il y a 14 CHSLD qui nous ont dit avoir offert de la formation à leur personnel sous forme de conférences et de participations à des colloques ou congrès.

Pour leur part, 24 CLSC ont offert une formation en soins palliatifs à leur personnel depuis deux ans. Les thèmes traités lors de ces formations ne nous ont pas été fournis.

Dans les organismes communautaires, seuls trois organismes indiquent avoir offert de la formation à leurs bénévoles dans les deux dernières années. Les formations portaient sur la relation d'aide, la réflexion sur la mort, les déplacements sécuritaires, les stades du mourir et autres sujets connexes. La formation a été donnée par le personnel de AEVM, des professionnels et le Centre St-Pierre.

Modalités d'articulation et liens fonctionnels

Sur l'ensemble des centres hospitaliers qui ont répondu, sept d'entre eux (50 %) nous ont dit avoir des modalités d'articulation des différents professionnels offrant des services à la clientèle en phase terminale de maladie. Dans la majorité des cas, la modalité en question est une rencontre d'équipe hebdomadaire. Des approches de type gestion de cas ou accueil standardisé seraient très rares.

Dans les CLSC, la gestion de cas, les rencontres d'équipes et une procédure d'accueil standardisée sont fréquentes. Par contre, plusieurs CLSC nous précisent que ces modalités ne sont pas spécifiques à la clientèle en phase palliative de maladie.

Selon les informations fournies par les CHSGS, huit d'entre eux entretiennent des liens étroits avec les CLSC. C'est dans la portion Nord de la ville que ces liens sont le moins développés. Quelques CHSGS travaillent actuellement à l'élaboration de protocoles d'entente avec leurs principaux CLSC référents (CHUM, Lachine, etc.) De plus, le Centre hospitalier Angrignon-Verdun a, avec le CHSLD Champlain - Manoir de Verdun, une entente pour l'admission de la clientèle. L'Hôpital Sainte-Justine, pour sa part, nous dit avoir des liens bien structurés avec les CLSC à cause de son équipe de soins spécialisés à domicile.

La majorité des CHSGS souhaitent consolider ou développer des liens de collaboration avec les CLSC. En ce qui concerne les CLSC, 20 d'entre eux nous ont dit être en lien étroit avec un ou des CHSGS spécifiques. Quelques CHSGS (CUSM, CHUM, Angrignon-Verdun, Santa Cabrini, St. Mary) et un peu plus d'une dizaine de CLSC entretiennent des liens étroits. La majorité de ces établissements sont situés dans le sud-ouest et au centre-ville de Montréal. Mais, par contre, on constate l'absence de lien étroit de collaboration dans deux CHSGS (Lakeshore, Angrignon-LaSalle) et trois CLSC (Montréal-Nord, Rivières-des-Prairies, Lac St-Louis).

Par ailleurs, six CHSGS collaborent régulièrement avec AEVM ou VON qui sont, pour certains, leurs principaux partenaires. De leur côté, une dizaine de CLSC utilisent régulièrement les services de AEVM et six veulent consolider leurs liens avec cet organisme. De plus, neuf CLSC travaillent régulièrement avec VON alors que deux veulent consolider leurs liens. Un CLSC nous dit avoir coupé ses liens avec AEVM et ne veut pas les renouer.

Les échanges de services se font surtout avec Entraide Ville-Marie (AEVM), Victoria Order of Nurses (VON) et certains centres spécialisés (Notre-Dame de la Merci, Champlain Verdun, etc.).

Des rencontres de coordination régulières ont lieu au CUSM avec les CLSC qui leur réfèrent le plus de clientèle ainsi qu'au Lakeshore et au Général Juif avec VON.

Des rencontres de coordination régulières ont lieu au CUSM avec les CLSC qui leur réfèrent le plus de clientèle ainsi qu'à l'Hôpital général du Lakeshore et à l'Hôpital général juif avec VON.

De plus, un formulaire de transfert (FRIE) a été développé afin de faciliter les communications entre les différents établissements.

Tableau A
Lits de soins palliatif

Lits de soins palliatifs
Statistiques

Établissements	# de lits	# d'usagers	DMS	# d'usagers	DMS	# d'usagers	DMS
		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
JEAN-TALON	0	-	-	-	-	-	-
ANGRIGNON-VERDUN	6	244	13,8	248	12,1	292	12,2
CHAMPLAIN DE VERDUN	5	39	43,0	66	22,4	56	24,4
CHUM-NOTRE-DAME	12	310	12,3	363	11,7	437	9,2
CUSM GENERAL DE MONTREAL	10	44	22,7	155	16,8	163	17,7
CUSM ROYAL VICTORIA *	16	229	23,9	199	15,3	208	21,5
CUSM THORACIQUE DE MONTREAL	0	-	-	8	29,9	13	15,8
GENERAL JUIF	15	51	28,2	113	28,9	211	20,9
HOPITAL MONT-SINAI	15	132	34,5	166	29,2	177	29,2
MAISONNEUVE-ROSEMONT	15	122	27,7	190	23,9	234	18,7
NOTRE-DAME DE LA MERCI	10	105	32,2	103	35,4	146	22,8
SACRE-COEUR DE MTL	12	194	21,7	208	19,0	200	16,1
SANTA CABRINI	0	183	21,2	195	21,3	172	22,5
ST-MARY	6	104	14,4	106	14,0	106	13,4
Total	122	1 757	20,6	2 120	18,8	2 415	17,4

* En 1998-1999, le Royal Victoria enregistrait les personnes en soins palliatifs comme étant en soins de longue durée.
Pour cet exercice, les données inscrites proviennent de l'établissement et non de MedÉcho.

2002-03-22

Tableau B
Statistiques concernant la dernière hospitalisation

**Statistiques concernant la dernière hospitalisation des personnes décédées
d'une maladie pouvant nécessiter une approche palliative en CHSGS ou sur une
unité de soins palliatifs en CHSGS
1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001**

Établissements	1998-1999			1999-2000			2000-2001		
	# de personnes	J/P	DMS	# de personnes	J/P	DMS	# de personnes	J/P	DMS
Angrignon-Lasalle				1	19	19,0	31	528	17,0
Angrignon-Verdun	577	8868	15,4	455	6754	14,8	440	6386	14,5
ICM	146	2020	13,8	161	2167	13,5	164	1832	10,0
CHUM-Hôtel-Dieu	532	12728	23,9	447	8837	19,8	375	6603	17,6
CHUM-St-Luc	404	6507	16,1	401	7360	18,4	340	5902	17,4
CHUM-Notre-Dame	825	13449	16,3	867	14707	17,0	928	14171	15,3
Fleury	236	3179	13,5	249	3615	14,5	247	3248	13,1
CUSM-Montréal Général	484	8848	18,3	514	9329	18,1	461	8492	18,4
Lakeshore	345	6249	18,1	343	5723	16,7	351	6623	18,9
Général Juif	754	17979	23,8	730	17589	24,1	737	18332	24,9
Jean-Talon	317	4602	14,5	301	4152	13,8	349	6372	18,3
Lachine	138	1661	12,0	128	1595	12,5	166	2409	14,5
Maisonneuve-Rosemont	881	15368	17,4	975	17161	17,6	909	17881	19,7
Montréal pour enfants	35	1331	38,0	21	1290	61,4	19	587	30,9
CUSM-Royal Victoria	391	7609	19,5	536	11188	20,9	574	12664	22,1
Sacré-Cœur	720	12185	16,9	773	12540	16,2	706	11764	16,7
Santa Cabrini	532	10065	18,9	528	10018	19,0	487	9622	19,8
St-Justine	47	953	20,3	41	899	21,9	40	867	21,7
St-Mary	349	6067	17,4	342	5875	17,2	316	5219	16,5
Neurologique de Mt	80	1081	13,5	69	1467	21,3	64	1055	16,5
Thoracique de Mt	36	618	17,2	41	787	19,2	38	833	21,9
Notre-Dame de la Merci	104	3243	31,2	103	2882	28,0	147	3022	20,6
Champlain de Verdun	33	1222	37,0	61	1332	21,8	54	1258	23,3
Catherine Booth				1	20	20,0			
Hôpital Mont Sinai				165	4369	26,5	165	4911	29,8
J-Henri Charbonneau				1	1	1,0			
Julius Richardson							2	31	15,5
TOTAL	7966	145832	18,3	8254	151676	18,4	8110	150412	18,5

Tableau C
Ressources humaines impliquées en soins palliatifs

Région sociosanitaire : **Montréal-Centre**

(1) NOM DE LA CORPORATION OU ÉTABLISSEMENT	(2) VOCATION OU STATUT JURIDIQUE	(3) ÉQUIPE EN PLACE	(4) ETC PAR PROFESSION	(5) LITS / PLACES		(7) TYPE	(8) CLIENTÈLES DESSERVIES		(10) CRITÈRES D'ADMISSION
				(5) N	(6) % CANCER		(8) NOMBRE USAGERS	(9) DURÉE SÉJOUR	
CHUM NOTRE-DAME	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • médecins • infirmières • 1 TS • musicothérapeute • int. suivi de deuil • chef des bénévoles 	12 lits		Hospitalisé	437	9.2 jrs	Pronostic de moins de 2 semaines
						Ambulatoire	250		
CUSM ROYAL VICTORIA	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • médecins • infirmière • ergothérapeute (17,5 hres) • psychologue (21 hres) • musicothérapeute (24 hres) • coord. de deuil (28 hres) • coord. des bénévoles (28 hres) 	16 lits		Hospitalisé	208	21,5 jrs	
						Ambulatoire	4 000 consultations		
CUSM GÉNÉRAL DE MONTREAL	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire		10 lits		Hospitalisé	163	17,7 jrs	
						Hôpital de jour	100		

(1) NOM DE LA CORPORATION OU ÉTABLISSEMENT	(2) VOCATION OU STATUT JURIDIQUE	(3) ÉQUIPE EN PLACE	(4) ETC PAR PROFESSION	(5) LITS / PLACES		(6) % CANCER	(7) CLIENTÈLES DESSERVIES			(9) DURÉE SÉJOUR	(10) CRITÈRES D'ADMISSION
				(5) N	(5) LITS		(7) TYPE	(8) NOMBRE USAGERS			
MAISONNEUVE-ROSEMONT	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • médecin • travailleur social • psychiatre • oncologue 	15 lits	15 lits		Hospitalisé	234	18,7 jrs		
CH DE VERDUN	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • médecin • travailleur social (16 hres) • pharmacien (4 hres) • psychothérapeute (2 hres) • inf. clinicienne (28 hres) 	6 lits	6 lits		Hospitalisé	292	12,2 jrs		
GÉNÉRAL JUIF	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • médecin 	15 lits	15 lits		Hospitalisé Ambulatoire Visites à domicile	211 300 100	20,9 jrs		
SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	CHSGS		<ul style="list-style-type: none"> • Hémato-oncologues suivent leur clientèle jusqu'aux soins palliatifs 	12 lits	12 lits		Hospitalisé	200	16,1 jrs		

(1) NOM DE LA CORPORATION OU ÉTABLISSEMENT	(2) VOCATION OU STATUT JURIDIQUE	(3) ÉQUIPE EN PLACE	(4) ETC PAR PROFESSION	(5) LITS / PLACES		(6) % CANCER	CLIENTÈLES DESSERVIES			(10) CRITÈRES D'ADMISSION
				(5) N	(7) TYPE		(8) NOMBRE USAGERS	(9) DURÉE SEJOUR		
ST. MARY	CHSGS	Équipe d'intervention multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> Pharmacien (5 h) Agent de pastoral (5 hrs) Inf. clinicienne (5 hrs) Inf de liaison (17 hrs) Physio, ergo (6 hrs) Dietétiste (45 hrs) Directrice des bénévoles (10 hrs) 	6 jours	Hospitalisé	106	13,4 jrs			
MONTREAL POUR ENFANTS	CHSGS	Équipe multidisciplinaire	Équipe de consultation en soins palliatifs offre services ambulatoires Garde médico-nursing	Pas de lits dédiés	Ambulatoire	10 à domicile				
SAINTE-JUSTINE	CHSGS	Équipe multidisciplinaire	Une infirmière de garde en permanence.	Pas de lits dédiés	Ambulatoire	97 visites à domicile pour 25 cas suivis				
MANOIR CHAMPLAIN VERDUN...	CHSLD	Équipe multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> Physio, ergo, T.S. Dieto à l'occasion 	5 lits	Hospitalisé	56	24,4 jrs	Pronostic de 4 semaines et moins		
NOTRE-DAME DE LA MERCY	CHSLD			10 lits	Hospitalisé	146	22,8 jrs			

(1) NOM DE LA CORPORATION OU ETABLISSEMENT	(2) VEICATION OU STATUT JURIDIQUE	(3) ÉQUIPE EN PLACE	(4) ETC PAR PROFESSION	(5) LITS / PLACES		(6) % CANCER	(7) CLIENTÈLES DESSERVIES			(10) CRITÈRES D'ADMISSION
				(5) N	(9) DURÉE SÉJOUR		(8) NOMBRE USAGERS	(7) TYPE	(9) DURÉE SÉJOUR	
MONT SINAI	CHSLD	Équipe multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Récréologue (17,5 hres) • Musicothérapeute (24,5 hres) • Physio (10,5 hres) • Ergo (2 hres) • Psychologue (10 hres) • Diététiste (4 hres) • Pharmacien (17,5 hres) • Travailleur social (17,5 hres) 	15 lits			Hospitalisé	177	29,2	

Tableau D
Les équipes de consultation : composition, accessibilité, disponibilité

Établissements	Aucun e équipe	Composition				Accessibilité			Disponibilité		
		Médecin	Médecin et (ou) infirmière	Pharm.	Multi	Unités	Urgence	Externe	Jour	Soir	Nuit
CHUM					X ¹	X	X		X		
CUSM-Royal Victoria		X				X	X	X	X		
CUSM-Général de Montréal			X			X	X	X	X		
Maisonneuve- Rosemont	X ⁴										
Angrignon			X			X	X	X	X	X	X
Jean-Talon	X										
Général juif					X	X	X	X	X	X	X
Sacré-Cœur de Montréal		X				X	X	X	X	X	X
St. Mary			X			X	X	X	X	X	X
Lachine	X ⁵					X			x		
Fleury	X										
Lakeshore					X ²	X			X	X	
Santa Cabrini			X			X	X	X	X		
Sainte-Justine			X ³			X	X	X	X		
Montréal pour enfants					X	X	X	X	X	X	X

- 1 Infirmière bachelière et travailleuse sociale
- 2 Même équipe que pour les soins curatifs
- 3 Équipe de gestion de la douleur. Autres professionnels (TS, physio, ergo.) disponibles au besoin.
- 4 Seuls les clients en attente d'un lit de soins palliatifs sont suivis par une équipe spécialisée
- 5 Un pharmacien peut être demandé en consultation au besoin

Tableau E
Accessibilité aux services médicaux et de soutien en CHSGS

	Critères d'admission	Consult. d'urgence	Accès Équipe	Accès Infirmière Conseil	Garde médicale	Remarques
Lakeshore			X			Tout client atteint d'un cancer est suivi par l'ESP qu'il soit hospitalisé ou non.
CUSM	En révision	X				Procédure pour préparations spéciales répondant aux besoins ambulatoires sont à établir.
Santa Cabrini				X		Intervient sur consultation du médecin traitant et soutient les équipes soignantes dans le CH.
Angrignon					X	Médecin de garde en SP 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Délai de réponse spécifié. Ex : 1 heure pour urgence.
Sainte-Justine						Protocoles de soins et traitements médico-nursing pour divers symptômes de douleur et d'inconfort.
Montréal pour Enfants			X			Garde médico-nursing.

Tableau F
Les services ambulatoires : types de professionnels et volume d'activités

Établissements	Aucun service	Types de professionnels pouvant être consultés				Volume d'activités et commentaires supplémentaires
		Médecin	Infirmière	Médecin et infirmière	Multi	
CHUM		X				Environ 250 consultations par année
CUSM Royal Victoria		X				Font plus de 4000 consultations par année
CUSM Général de Montréal					X	Via Hôpital de jour. Environ 100 demandes dans la dernière année
Maisonneuve-Rosemont	X					
Angrignon		X				Environ 300 consultations dans la dernière année et 25 visites à domicile
Jean-Talon	X					Utilise les services d'entraide Ville-Marie et des CLSC
Général juif					X	Environ 300 consultations par année et 100 visites à domicile
Sacré-Cœur de Montréal		X				Les hématologues suivent leurs clients jusqu'à l'hospitalisation en soins palliatifs.
St. Mary					X	Environ 60 consultations par année
Lachine	X					
Fleury	X					Services assurés par cliniques externes actuelles
Lakeshore	X					
Santa Cabrini			X			Infirmière clinicienne disponible pour l'externe mais il y a très peu de demandes.
Sainte-Justine					X	Infirmière de garde en permanence. 97 visites à domicile dans l'année pour 25 cas suivis.
Montréal pour enfants					X	L'équipe de consultation en soins palliatifs offre des services ambulatoires. Une dizaine de patients à domicile ont reçu les services de cette équipe dans la dernière année.

Tableau G
Accessibilité aux services médicaux offerts en CLSC

CLSC	Nombre de médecins	Périodes couvertes			
		Jour	Soir	Nuit	F de sem./ férié
Métro	4	X	X	X	X
NDG/Mtl-Ouest	1	X	X	X	X
Côte des Neiges	9	X	X	X	X
St-Louis du Parc	5	X	X	X	X
René Cassin	3	X	X	X	X
Plateau Mont-Royal	4	X	X		
Des Faubourgs	6	X	X	X	X
Petite Patrie	2	X	X		
Hoch.-Maisonneuve	2	X	X		
De Rosemont					
Villeray	4	X			
Mercier-Est/Anjou					
Verdun/Côte St-Paul	6	X	X	X	X
St-Henri	1	X			
Pointe Saint-Charles	ENTENTE AVEC L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE DE VERDUN				
LaSalle	3	X	X	X	X
Vieux La Chine	3	X			
Saint-Léonard	2	X			
Saint-Laurent					
Bordeaux-Cartierville	2	X			
Montréal-Nord					
Saint-Michel	1	X			
Rivière des Prairies	3	X			
Pierrefonds					
PAT/Mtl-Est	2	X			
Parc Extension	1	X			
Ahuntsic	1	X	Occ.		
Olivier Guimond	3,5	X			
Lac Saint-Louis	2	X			

3.5.2. Bilan

Points forts

- Leadership
 - Montréal : berceau de l'expertise et de l'expérience en soins palliatifs au Québec.

- Services
 - Les oncologues sont de plus en plus sensibilisés aux soins palliatifs dans les milieux hospitaliers où il y a des unités de soins.
 - Le rayonnement des équipes multidisciplinaires.
 - Les services de suivi de deuil (certains milieux).
 - L'accompagnement spirituel adapté aux communautés culturelles.
 - L'équipe de consultation interne et externe (CHUM).
 - Les liens informels (force relative).
 - La volonté et la motivation des intervenants en soins palliatifs et des organismes communautaires.
 - La présence des universités sur le territoire (recherche, enseignement).
 - L'émergence de projets dans le milieu des soins palliatifs.
 - L'expertise des bénévoles et des organismes communautaires.
 - Les comités éthiques dans certains établissements.
 - La formation dispensée sur le terrain.
 - Plus d'ouverture aux patients atteints du sida.
 - L'expertise en soins palliatifs auprès des enfants.

Points faibles

- Leadership
 - Montréal est devenu un parent pauvre.
 - La desserte de services en soins palliatifs n'est pas articulée : manque de fluidité, de continuité et de gestion des interfaces.
 - Il y a un manque de vision en soins palliatifs, nous n'avons pas de programme uniforme et il n'y a pas d'imputabilité.
 - La définition des soins palliatifs n'est pas claire pour tous.
 - Les soins palliatifs ne sont pas une priorité pour les décideurs.
 - La reconnaissance des soins palliatifs dans les établissements (à refaire année après année).

- Services
 - Le manque de ressources humaines, matérielles et financières.
 - La faiblesse de la référence (en nombre et en qualité).
 - Le manque de services en suivi de deuil.
 - Les listes d'attente pour hospitalisation en soins palliatifs.
 - L'information et la communication au sujet de la mort.

- Les CLSC ont besoin d'être sensibilisés. Ils ne sont pas suffisamment formés pour dispenser des soins palliatifs.
- L'interruption des liens avec le CHSLD lorsque l'hôpital réfère un patient en hébergement.
- Les liens inter-établissements.
- La mauvaise utilisation des ressources psychosociales (psychologues, etc.) lorsqu'elles existent parce que mal insérées dans le processus.
- Le manque d'expertise psychosociale dans l'ensemble du réseau (CH, CHSLD et CLSC).
- Les suivis de deuil et l'intervention psychosociale arrivent tardivement dans le processus.
- Le manque de formation des intervenants, des bénévoles, de la population.
- La liberté relative du client de mourir là où il le désire.
- Manque de soutien adapté aux parents avec enfants (technologie, aide psychosociale, ressources répit et gardiennage, etc.)
- Les patients ne parlent plus.
- Le manque de médecin de famille à Montréal.
- L'absence de comité d'éthique dans certains établissements.
- Le manque d'effectifs médicaux intéressés et compétents en soins palliatifs.

3.6 Maintien et évolution de la qualité du PQLC

3.6.1. Formation continue

Situation actuelle et réalisation

Aucune formation n'a été offerte jusqu'à présent par la Régie régionale de Montréal pour le personnel œuvrant en oncologie.

On fait face à un manque d'expertise en soins infirmiers. Très peu d'infirmières possèdent une formation en oncologie. Les nouveaux programmes de formation universitaire développeront-ils une spécialisation en oncologie ?

La formation en oncologie de façon générale ne semble pas être présente dans toutes les spécialités : psychosocial, pharmacie, service social et nutrition.

Les bénévoles, eux aussi, bénéficieraient d'une formation adaptée aux services demandés.

Les programmes d'orientation et de formation continue pour le personnel infirmier sont peu ou pas présents. Un seul établissement universitaire (CUSM) dispense un service de formation et d'orientation structuré en fonction des critères du programme d'oncologie de l'Université de McMaster.

D'autres centres hospitaliers, tels St. Mary, l'Hôpital général juif, l'Hôpital de Montréal pour enfants, offrent un programme d'orientation et une formation continue. Ils ont un pouvoir fort impressionnant d'attraction et de rétention du personnel.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en collaboration avec l'Université de Montréal, a mis en place, l'automne dernier, un programme de formation continue adressé aux infirmières travaillant en chimiothérapie.

Bilan

Points forts

- Au Centre hospitalier de St. Mary, la pharmacienne, responsable de l'unité satellite en cliniques externes, possède une certification en oncologie.
- Le CUSM et le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital général juif, l'Hôpital de Montréal pour enfants offrent un programme d'orientation et une formation continue pour le personnel infirmier.
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en collaboration avec l'Université de Montréal, a mis en place l'automne dernier un programme de formation continue adressé aux infirmières travaillant en chimiothérapie.

Points faibles

- La formation en oncologie de façon générale ne semble pas être présente dans toutes les spécialités : psychosocial, pharmacie, service social et nutrition.
- On fait face à un manque d'expertise en soins infirmiers. Très peu d'infirmières possèdent une formation en oncologie.
- Manque de formation adaptée pour les bénévoles.

3.6.2. Surveillance

Situation actuelle et réalisation

Les activités de surveillance sont réalisées par la Direction de la santé publique. Une équipe dédiée au cancer s'affaire à développer des indicateurs pour surveiller l'état de santé des Montréalais.

La Direction de la santé publique avec l'équipe du Docteur Michèle Tremblay surveille régionalement l'usage du tabac et mène des projets pour prévenir le tabagisme, pour favoriser la cessation et pour implanter la Loi sur le tabac.

Le secteur de la santé au travail et environnementale (DSP) par ailleurs s'implique avec la CSST afin de surveiller l'évolution des maladies respiratoires professionnelles surtout reliées aux chantiers de construction. Il y a eu le dépistage de l'amiantose dans les écoles publiques, dépistage qui a permis de corriger 116 écoles à problèmes.

Quant à l'ensemble des problématiques de cancer, peu de moyens sont à notre disposition pour assurer une surveillance adéquate aussi bien dans le programme de PQDCS que dans le programme de lutte au cancer car nous n'avons pas de support informatique ni de statistiques adéquats. (Pas de fichier de tumeurs).

Bilan

Points forts

- Des enquêtes de surveillance du tabagisme ont été réalisées auprès de la population des 15 ans et plus, en 1999 et 2000. De plus, une collaboration à deux enquêtes québécoises a permis de documenter l'ampleur du tabagisme chez les jeunes.
- Sept CLSC ont participé à la mise en place d'un projet de réduction de tabac.

Points faibles

- La mise en place de certaines approches d'information et de sensibilisation auprès des jeunes de 15 ans et plus n'a pas donné les résultats escomptés. Les stratégies ont dû être révisées.
- On n'est pas en mesure d'évaluer les impacts sur la santé des étudiants des cégeps et des universités car ces établissements n'ont pas été visités dans le cadre des dangers reliés à la présence de l'amiantose.
- Beaucoup d'études sont à compléter concernant les dangers de l'utilisation des pesticides.
- Incapacité d'assurer le suivi dans le programme de PQDCS ou de connaître l'étendue de la problématique du cancer dans notre région car nous ne possédons pas de fichier des tumeurs pour pouvoir suivre l'évolution de la maladie.

3.6.3. Recherches

Situation actuelle et réalisation

Une unité de recherche en prévention du cancer est présente dans les centres universitaires. Grâce à ces recherches, on peut fournir aux patients des examens génétiques hautement spécialisés afin de déceler le risque de plusieurs types de tumeurs (cancers héréditaires du sein et du côlon) ainsi qu'une consultation génétique aux patients à risque élevé. Les patients ont la possibilité de participer à des essais cliniques portant sur les traitements dont le but est de prévenir le développement du cancer.¹²

À l'Hôpital Sainte-Justine, la recherche fondamentale au Centre Charles-Bruneau et au Centre de recherche de Sainte-Justine est subventionnée par des organismes privés et gouvernementaux. En lien avec ces recherches, des comités scientifiques visent la prévention, le diagnostic et le traitement des cancers pédiatriques.

L'origine de plusieurs cancers s'expliquant par une combinaison de facteurs, les chercheurs examinent la relation qui existe entre les mutations de gènes impliqués dans le métabolisme de certaines substances carcinogènes et l'exposition à ces substances dans l'environnement durant la vie foetale ou la jeune enfance. Le rôle des gènes répresseurs est scruté pour certaines tumeurs hématologiques. Diverses variables qui permettent d'optimiser le traitement de chimiothérapie sont étudiées, telles que l'identification génétique des individus susceptibles de répondre (efficacité thérapeutique ou toxicité) ou de

¹² Document remis par l'équipe de l'Hôpital Général Juif.

ne pas répondre (résistance), la mesure des concentrations biologiques des agents anticancéreux et l'évaluation des fonctions cognitives.¹¹

De nouvelles approches basées sur la thérapie génique, l'utilisation de facteurs de croissance et l'inhibition de la néovascularisation (ou angiogénèse) sont étudiées en laboratoire et pourraient permettre de prévenir, de contrôler ou de guérir le cancer chez l'enfant.

Aussi on peut constater que la recherche médicale fondamentale est présente à l'Hôpital général juif, à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont par son programme de greffe de moelle osseuse et sa banque d'os. Quant aux autres centres universitaires, ce sont surtout des recherches cliniques par groupe de collaborateurs.

La recherche en soins infirmiers est très présente au CUSM et à l'Hôpital général Juif. La recherche psychosociale est uniquement observée à l'Hôpital général juif.

La Régie régionale de Montréal est impliquée dans des volets de recherches à la Direction de la santé publique. Sur le plan de la santé au travail, la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) a versé à la Régie régionale plus de 8 M\$ afin d'assurer des services de santé aux employés de 6 000 entreprises de l'île de Montréal.¹²

Au niveau de la réduction du tabagisme, la Direction de la santé publique est impliquée dans un projet de recherche depuis déjà trois ans et compte poursuivre ses travaux jusqu'en 2005 pour mieux comprendre l'histoire naturelle de la dépendance à la nicotine.

3.6.4. Soutien à la qualité

Situation actuelle et réalisation

Des protocoles de soins ont été développés par les centres universitaires. Par ailleurs, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal semble être le seul hôpital où les oncologues se réunissent régulièrement pour des conférences médicales afin de réviser les protocoles et les standards de pratique et pour élaborer des fichiers informatiques pour faciliter le suivi médical.

Au Centre hospitalier de St. Mary, la forme de traitement découle de la présentation du cas à la conférence des tumeurs. Les protocoles de traitements sont ensuite discutés et approuvés par l'ensemble des membres du département d'oncologie.

L'Hôpital Royal Victoria a embauché une infirmière qui détient une maîtrise en éducation et une clinicienne enseignante et reconnue en pratique oncologique afin de maintenir un haut niveau de savoir.

L'Hôpital Royal Victoria et l'Hôpital général de Montréal sont à l'avant-garde en ce qui concerne la collecte de données du cancer. Ces deux centres se conforment aux standards de la Commission sur le cancer de l'American College of Surgeons. Leurs archivistes ont reçu au préalable la formation spécifique sur le Registre des tumeurs au Collège Ahuntsic.

Aussi on peut constater que la recherche médicale fondamentale est présente à l'Hôpital général juif, à l'Hôpital Sainte-Justine et, en partie, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont par son programme de greffe de moelle osseuse et sa banque d'os. Quant aux autres centres universitaires, ce sont surtout des recherches cliniques par groupe de collaborateurs.

La recherche en soins infirmiers est très présente au CUSM et à l'Hôpital général juif. La recherche psychosociale est uniquement observée à l'Hôpital général juif.

Aucune évaluation de la démarche régionale dans le cadre du PQLC n'a été mise en place à ce jour à la Régie régionale de Montréal-Centre

¹¹ Document remis par l'Hôpital Sainte-Justine

¹² Régie régionale de Montréal-Centre, Le Défi de l'accès l'an 3, rapport annuel 2000-2001.

4. Analyse critique de l'état de situation

4.2 Volet « Prévention »

Points forts

- La Régie régionale de Montréal-Centre s'implique intensément au niveau de la prévention. La réduction du tabagisme est une priorité pour la Direction de la santé publique. En effet, à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Montréal, plusieurs actions importantes ont été réalisées au niveau de l'équipe de surveillance du tabagisme depuis 1997. On peut souligner les efforts importants réalisés pour la formation des médecins omnipraticiens de la région de Montréal, qui travaillent en cabinet privé, afin de les stimuler à s'impliquer auprès de leur clientèle en les informant des services offerts aux fumeurs qui veulent cesser de fumer. La participation au projet de recherche, débuté il y a trois ans et qui se poursuit jusqu'en 2005 auprès des jeunes de 15 ans et plus afin de comprendre le phénomène de la dépendance au tabac, est un autre exemple de son implication constante.
- On peut aussi noter sa collaboration avec le MSSS pour le « Défi-J'arrête-J'y gagne » et avec l'Ontario dans un projet de recherche sur la génétique et le tabac .
- Toutes ces études ont servi à sensibiliser davantage la population aux dangers potentiels et à diminuer la prévalence chez les fumeurs de 15 ans et plus.
- Au plan de la santé environnementale, de nouveaux programmes de surveillance de la qualité de l'air intérieur et extérieur ont été développés afin de mieux intervenir sur les maladies respiratoires professionnelles et environnementales et de fournir une réponse quotidienne aux urgences environnementales.
- Au cours des dix dernières années, une étude épidémiologique auprès des travailleurs de la construction démontre que le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon sont en pleine croissance. La Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) a versé à la Régie régionale plus de 8 M\$ afin d'assurer des services de santé aux employés de 6 000 entreprises de l'île de Montréal.¹³ La Direction de la santé publique participe au comité avisier, avec la CSST, concernant le dépistage des personnes à risques de développer une de ces maladies. Actuellement, 27 entreprises ont été recensés par rapport aux normes de qualité du milieu de travail. Les travailleurs du secteur construction/rénovation sont plus à risque de développer un cancer du poumon et un mésothéliome¹⁴. La Direction de la santé publique siège sur le comité avisier du MSSS sur l'amiantose.
- Un autre travail de recherche est en cours concernant les impacts sur la santé des femmes et l'exposition professionnelle aux produits chimiques ou radioactifs et le développement d'un cancer du sein. L'analyse sera complétée au cours de l'année 2001-2002.
- Une étude a été réalisée dans le cadre provincial de dépistage de l'amiantose dans les écoles publiques et privées du territoire de Montréal pour les niveaux primaire et secondaire. La somme de 75 M\$ a été investie par le ministère de l'Éducation afin de remédier aux problématiques.

Points faibles

- Toutes les recherches, les études et les interventions faites en prévention tabac n'ont pas réussi à diminuer davantage le pourcentage de fumeurs soit 33 à 30 % de 1998 à 2000.
- Dans le secteur de l'environnement, il reste beaucoup à faire auprès des cégep et université qui n'ont pas été visités dans le cadre des dangers de l'amiantose dans les écoles.

¹³ Régie régionale de Montréal-Centre, Le Défi de l'accès l'an 3, rapport annuel 2000-2001.

¹⁴ Définition mésothéliome : tumeur bénigne ou maligne des cellules tapissant les séreuses (plèvre, péritoine, péricarde). Ce cancer dont le synonyme est endothéliome pleural. C'est un cancer primitif rare de la plèvre et du péritoine avec une évolution mortelle en quelques mois.

- On prétend que l'utilisation des pesticides est en lien avec la leucémie. Aucune étude n'a été faite à ce jour. On fait face à un laisser aller des municipalités qui se traduit par une absence de politique.
- Dans le domaine de l'alimentation, aucune recherche n'a été faite depuis les cinquante dernières années et on n'est pas en mesure d'en préciser l'impact sur le cancer.
- Les campagnes de sensibilisation aux RUV n'ont pas fait l'objet d'évaluation.
- On ignore l'influence de la sédentarité et de l'obésité chez les jeunes par rapport aux risques de développer un cancer, et aucune étude n'a été amorcée en ce sens.

4.3 Volet « Dépistage »

Points forts

- Les CDD désignés de la région de Montréal sont tous en cliniques privées. Ceux-ci ont été sélectionnés à partir de critères bien précis (volume, certification du personnel et des appareils, accueil). Des visites sont prévues d'ici l'automne afin de connaître les difficultés vécues et accroître l'intérêt des médecins et des intervenants afin de sensibiliser les femmes à adhérer au PQDCS.
- Depuis 1998, plusieurs campagnes de sensibilisation auprès des femmes 50-69 ans pour augmenter le taux de participation à la mammographie de dépistage ont été réalisées.
- Quant au dépistage du cancer du col utérin dans la région de Montréal, un état de situation a été complété.
- Les médecins omnipraticiens s'impliquent volontairement dans le dépistage précoce du cancer de peau.

Points faibles

- Malgré tous les efforts consentis, on constate que le taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS de la région de Montréal-Centre (31,7 %) est le plus bas au Québec.
- Aussi, compte tenu du support informatique inadéquat, nous sommes incapables d'assurer le suivi des femmes participantes au PQDCS et de faire une étude prospective.

4.4 Volet « Traitement / Investigation »

Points forts

- Montréal est le plus grand producteur de services (57 % des volumes provinciaux) tant au niveau investigation qu'aux niveaux traitement, recherche et enseignement.
- Cinq CRID offrent les services de confirmation de diagnostic. (CHUM-Hôtel-Dieu, CUSM-Royal Victoria, Général juif, Sacré-Cœur de Montréal et Maisonneuve-Rosemont)
- Le CHUM, le CUSM et les centres hospitaliers universitaires affiliés sont des leaders en oncologie au niveau du réseau québécois des services de santé. Le CHUM est reconnu pour son expertise dans le traitement des cancers pulmonaires, du cerveau, du sein, du système digestif, en ORL et maxillo-facial et gynécologique. Le CUSM pour sa part est en tête de file pour le traitement des cancers de la peau avec l'Interleukin, les cancers du système nerveux, gynécologique et urinaire. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a atteint une réputation nationale dans le traitement des cancers hématologiques et de la greffe de moelle osseuse allogénique non apparentée. De plus, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a développé une expertise pour le traitement des sarcomes. À l'Hôpital général juif, les médecins spécialistes en traitement du cancer du sein, en ORL et l'approche clinique des médecins en cancer colorectal sont reconnus par leurs pairs. L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal offre des services spécialisés en cancérologie et surtout auprès des patients atteints d'un cancer pulmonaire, du sein et en ORL. La réputation de l'Hôpital Sainte-Justine n'est plus à faire en matière de cancérologie chez les enfants du Québec et de la greffe de moelle osseuse.
- Les centres pédiatriques sont bien organisés, et leur clientèle est bien desservie. Ils desservent 70 % de la clientèle pédiatrique du Québec.
- Les directions générales des CHU ont travaillé à centraliser les activités oncologiques afin de rentabiliser les organisations et de mieux coordonner les activités. Ainsi, les services de radiothérapie sont offerts sur un seul site au CUSM (Hôpital général de Montréal) et il en sera de même au CHUM (Hôpital Notre-Dame) à la fin des présents travaux. (Été 2003)
- Les CHA ont axé leurs réflexions sur la situation de leur organisation au sein du panier de services en oncologie dans la région de Montréal. Ainsi, à l'Hôpital du Sacré-Cœur, une réflexion interne a donné lieu à la publication d'un document afin de mettre en place un programme intégré de services en oncologie et de statuer sur les besoins futurs pour améliorer l'accessibilité aux services.
- À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des travaux d'équipes médico-administratives et de consultants ont permis de dégager des orientations stratégiques triennales en oncologie dans le but d'offrir un continuum de services. Ces travaux internes ont duré un an et ont permis aux médecins spécialistes de s'exprimer et de participer à l'élaboration du projet. Des rencontres ont eu lieu avec les directeurs généraux des autres centres hospitaliers de la sous-région et même avec son principal partenaire de la région de Lanaudière et des CLSC environnants afin de pouvoir créer un continuum de services en se basant sur les principes élaborés par le PQLC.
- L'Hôpital général juif a déjà confirmé avec son conseil d'administration ses intentions de demeurer une organisation impliquée dans le domaine du traitement du cancer. Il veut se donner les moyens pour être un leader dans ce champs d'activités.
- La direction du Centre hospitalier de St. Mary et son équipe médico-administrative se sont positionnées au sein du continuum de services pour le traitement du cancer dans la région de Montréal. Ainsi, l'organisation se perçoit comme un centre local et communautaire. Par ailleurs, elle s'est donné les moyens pour bien jouer leur rôle et ont fait des alliances avec le réseau Mc Gill afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs clientèles.
- De façon générale, dans les centres visités, les sites tumoraux qui sont les mieux structurés sont les cancers en ORL, ceux du système digestif (colon-rectum), ceux du système lymphatique, du sein et dans le programme de greffe de moelle osseuse. On note une volonté des établissements pour répandre cette approche dans tous les types de cancer.

- Certaines structures par programme favorisent une meilleure prise en charge de la clientèle. On retrouve cette approche par programme à l'Hôpital général juif, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au CUSM, à l'Hôpital Sainte-Justine et au Centre hospitalier de St. Mary. La continuité des services à l'intérieur de ces centres hospitaliers est tangible.
- Les conférences de tumeurs se tiennent de façon régulière dans l'ensemble des hôpitaux. La présentation de nouveaux cas sert de sujet de discussion.
- Le système d'information est en voie de développement pour plusieurs des CHSGS et facilitera le transfert des informations pertinentes pour toutes consultations ou admissions au cours de la période de soins. Les développements de la télémédecine à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal viennent enrichir les discussions et les prises de décisions dans le choix du traitement approprié.
- Un fichier des tumeurs a été élaboré au CUSM, à l'Hôpital du Sacré-Cœur et à l'Hôpital Sainte-Justine.
- Les deux centres universitaires, les hôpitaux Maisonneuve-Rosemont, Général juif et le centre hospitalier de Verdun ont les services d'une stomothérapeute. La région de Montréal possède 56,25 % des ressources infirmières stomothérapeutes.
- Les cliniques de stomothérapie du CHUM assurent les services aux clientèles des centres hospitaliers Jean-Talon, Fleury et certains centres hospitaliers de la Montérégie.
- Les centres de radio-oncologie de la région de Montréal offrent des services à la fine pointe de la technologie. Le volume d'activités réalisées au sein de ces quatre centres hospitaliers représente 58 % des activités provinciales.
- Les effectifs médicaux sont nombreux et leur expertise n'est plus à faire.
- Plusieurs corridors de services sont déjà mis en place de façon informelle et d'autres sont en train de se formaliser.

Points faibles

Au niveau CRID

- Les CRID ne sont pas désignés officiellement car on doit refaire une autre visite d'évaluation afin de vérifier leur conformité aux critères de désignation.

Au niveau investigation en général

À différents niveaux, on note des problèmes d'accessibilité aux plateaux techniques dans les centres hospitaliers généraux et spécialisés surtout dans les laboratoires, en radiologie (lavement baryté ou repas baryté), au CTSCAN, en résonance magnétique et en échographie.

Les résultats des examens d'investigation tardent à être transmis, ce qui occasionne des délais pour la confirmation du diagnostic et retarde le début du traitement. Les travaux ne sont pas terminés pour la mise en place du système d'information requêtes/résultats nécessaires pour obtenir les résultats d'examens dans des délais raisonnables;

Au niveau traitement - réadaptation

Malgré l'accroissement budgétaire, les établissements continuent d'éprouver de la difficulté à faire face à l'augmentation de la clientèle et aux coûts croissants des nouveaux médicaments pour le traitement du cancer.

Certaines difficultés semblent présentes dans la majorité des centres hospitaliers :

- les priorités au bloc opératoire pour les cas de cancer;
- la durée de séjour est souvent prolongée par manque d'équipe de soutien ou de lits pour la clientèle hors région qui nécessite des soins de convalescence ou de radiothérapie;
- l'accès aux services de radio-oncologie est problématique pour toute la clientèle adulte. Les listes d'attente ne cessent d'augmenter. Les établissements éprouvent de la difficulté à recruter et à retenir les technologues;
- aucun centre hospitalier ne dispose d'une équipe multidisciplinaire pour chacun des sites tumoraux;

- la plupart des hôpitaux producteurs de services ne fournissent pas les aires de traitements adéquats pour l'administration des substances antinéoplasiques et pour des séances d'enseignement privées ou collectives. La promiscuité vécue dans certaines cliniques externes d'oncologie des hôpitaux est non seulement difficile à vivre pour la clientèle mais aussi pour le personnel infirmier. Un va-et-vient constant rend la tâche ardue et les conditions de travail insupportables ce qui ne facilite pas la rétention du personnel;
- plusieurs centres universitaires et affiliés font face à une pénurie de personnel et d'expertise surtout en soins infirmiers et en radio-oncologie;
- les services d'intervenant pivot sont à développer. Le rôle de l'intervenant-pivot ne consiste pas uniquement à évaluer les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches mais à les informer, les soutenir et accompagner tout au long du processus de traitement et à assurer une continuité dans les actions entreprises par les différents professionnels;
- la difficulté d'assurer la présence de personnel qualifié au niveau du service social, psychosocial, diététique et pharmaceutique;
- le volume important d'activités accroît la lourdeur des communications entre les médecins spécialistes entre eux et entre les autres intervenants des différents milieux. Le manque de mécanismes de communication et de postes d'intervenants pivot retardent souvent les transferts ou diminuent la qualité de prise en charge des médecins de famille ou des autres intervenants de CLSC, de CHR ou de CHSLD;
- l'absence de système informatique retarde le transfert et l'échange d'informations et la prise en charge des personnes atteintes. (dossier oncologique, téléconférence, vidéo conférence). Très peu de centres hospitaliers possèdent un support informatique relié au laboratoire, à la radiologie, à l'admission, ce qui pourrait diminuer les pertes de temps, faciliter les communications et alléger les démarches à effectuer. Le dossier oncologique n'est pas développé partout. On assiste à un dossier subdivisé partagé entre les archives et les cliniques externes. Lors de consultations à l'urgence, les médecins ont peu de renseignements sur les réactions et les traitements de chimiothérapie reçus en externe;
- la standardisation de la pratique clinique n'est pas optimisée. Il n'y a pas d'uniformisation au niveau de la prescription et du suivi des traitements de chimiothérapie. En effet, dans certains milieux ce sont les oncologues qui prescrivent et supervisent le suivi médical, dans d'autres hôpitaux, ce sont les chirurgiens, les gynécologues ou les hémato-oncologues;
- actuellement, nous n'avons aucune facilité à documenter les délais d'attente pour le début des traitements de chimiothérapie;
- la région de Montréal compte neuf stomothérapeutes diplômées pour une population de 199 939 habitants par stomothérapeute. La région devrait développer sept postes temps complet pour répondre aux besoins régionaux;
- la formation des infirmières varie d'un centre hospitalier à l'autre. La plupart des infirmières n'ont pas de formation universitaire ou ne sont pas certifiées en oncologie. Il y a peu ou pas de programmes d'orientation et de formation continue pour le personnel infirmier;
- la plupart des établissements n'ont pas établi de corridors de services de façon formelle entre eux. La gestion des cas litigieux ou rares se fait plus par contacts d'un spécialiste à un autre;
- malgré les années, les difficultés à référer aux CLSC sont toujours omniprésentes à cause de l'absence d'uniformité dans les paniers de services et de l'augmentation de la

4.5 Volet « Adaptation / Soutien »

Points forts

- Plusieurs organismes communautaires secondent les établissements afin d'apporter réconfort, information, soutien, aides matérielles et psychologiques. Des liens formels se

sont créés entre les différents partenaires. On observe une uniformité dans la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs.

Points faibles

- Les personnes atteintes de cancer de notre région ou des régions périphériques et éloignées éprouvent des difficultés de transport.
- Dans l'ensemble des établissements, nous faisons face à un manque important de disponibilité et d'accessibilité au personnel psychosocial ou à un travailleur social pour faire face aux différentes étapes de la maladie.
- Les deux centres d'hébergement temporaire, les hôtelleries de la Fondation québécoise du cancer et la Société canadienne du cancer assurent le logement mais la Fondation québécoise n'offre pas les services de restauration et les deux hôtelleries ne sont pas disponibles 7 jrs/semaine d'où une obligation de relocalisation les fins de semaine pour les personnes en provenance de région éloignée. Ces réalités sont imputables au manque de financement.
- Le panier de services offerts par les CLSC n'est pas uniforme à l'intérieur de la région.

4.6 Volet Soins palliatifs

Points forts

- La présence des universités sur le territoire favorise la recherche et l'enseignement;
- Les oncologues sont de plus en plus sensibilisés aux soins palliatifs dans les milieux hospitaliers où il y a des unités de soins;
- L'équipe multidisciplinaire fait des consultations à travers tout le CHSGS;
- Beaucoup de projets émergent du milieu des soins palliatifs;
- L'expertise auprès des enfants est reconnue.

Points faibles

- On note un manque de continuité dans la desserte de services en soins palliatifs entre les CHSGS, les CLSC et les CHSLD;
- Il y a un manque de vision en soins palliatifs, il n'y a pas de programme uniforme et il n'y a pas d'imputabilité;
- On constate de façon générale un manque de ressources humaines, matérielles et financières;
- Le manque de soutien adapté aux besoins spécifiques de fin de vie est palpable dans la majorité des CHSGS;
- De façon surprenante, on assiste à Montréal à un manque de médecin de famille. Cette situation a pour conséquence de réduire le nombre de personnes qui désirent mourir à domicile.

4.7 Maintien et évolution de la qualité du PQLC

Points forts

- Au Centre hospitalier de St. Mary, la pharmacienne responsable de l'unité satellite en cliniques externes possède une certification en oncologie.
- Certains centres hospitaliers offrent un programme d'orientation et de formation continue au personnel infirmier.
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en collaboration avec l'Université de Montréal, a mis sur pied un programme de formation continue adressé aux infirmières travaillant en chimiothérapie.

Points faibles

- La formation en oncologie semble absente dans la formation de base pour plusieurs spécialités : service social, psychologie, nutrition, pharmacie.
- On fait face à un manque d'expertise en soins infirmiers. Très peu d'infirmières possèdent une formation spécifique en oncologie.
- Très peu de formation est offerte aux bénévoles qui œuvrent auprès de cette clientèle.
- On note un manque de lignes directrices pour le traitement du cancer;
- Il n'y a pas d'uniformité au niveau des conférences des tumeurs;
- Il n'y a pas de normes et standards en soins infirmiers oncologiques;
- L'utilisation de nouvelles approches technologiques comme la télémédecine améliorerait la prise en charge de la clientèle ;
- L'absence d'un programme de formation universitaire québécois en oncologie nuit à l'atteinte de standards en soins infirmiers.;
- Il faudra assurer un consensus dans le développement de la recherche afin de diversifier les approches. Il faudra également mettre en place un processus d'évaluation de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer dans la région de Montréal.

5. Perspectives d'intervention

Les principaux axes d'intervention se situent au niveau de la formation des infirmières en oncologie, au niveau des aires de traitement de chimiothérapie et au niveau de l'établissement de liens formels entre les CHU, les CHA, les CHSGS, les CHSLD, les CHR et les CLSC.

6. Mécanismes de priorisation

Nous vous avons signifié plusieurs points faibles et difficultés de réalisation. Un sous-comité régional va se former afin de déterminer quelques sièges tumoraux où des gains majeurs seraient possibles. De plus, certaines interventions générales seront suggérées afin de corriger quelques difficultés ciblées. Ces travaux donneront place à un plan d'action avec un agenda de réalisation et des objectifs à atteindre.

ANNEXE 1

Membres du Comité régional de lutte contre le cancer



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Comité régional de lutte contre le cancer

Membres :

Dr Zeev Rosberger

Dr Eduardo Franco

Dr Michel Gélinas

Dr Bernard L'Espérance

Dr Jean-Philippe Mercier

Dr Louis Gaboury

Madame Ann Lynch

Madame Marie-France Vachon

Dr Pierre Band

Dr Guy Legros

Monsieur André Cimon

Monsieur Jacques Fortin

Dr Bernard Lapointe

Dr Louis Dufresne

Madame Suzanne Lemire

Dr Louis Bouchard

Docteur Brian Leyland-Jones

Monsieur André Ducharme

Docteur André Robidoux

Madame Louise Bélanger

Dr Francis Méthot

Madame Micheline Lefebvre

ANNEXE 2

Organismes communautaires

Liste de certains organismes sans but lucratif se consacrant principalement au soutien de la clientèle atteinte d'un cancer

Association d'entraide Ville-Marie – Soins palliatifs à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisme sans but lucratif financée en partie par la Régie régionale de Montréal donnant des soins et services à la clientèle en phase terminale.
Fondation québécoise de lutte contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 48 lits ▪ offre des services d'hôtellerie, de transport, de soutien, d'enseignement et de recherche auprès de la clientèle cancéreuse et sa famille
L'espoir, c'est la vie (Hope and Cope)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ différents bénévoles en milieu francophone et anglophone qui apportent soutien aux usagers et leur famille
Lampistes – Association contre la leucémie et le cancer infantiles (Lamplighters Association)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ équipe de bénévoles œuvrant auprès de la clientèle pédiatrique anglophone apportant soutien psychologique et monétaire pour les enfants et leur famille.
Leucan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ association de bénévoles qui recueille des fonds pour les soins et la recherche auprès de la clientèle pédiatrique atteinte d'un cancer
Maison Gilda – Centre de mieux-être du cancer de Montréal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ateliers de bénévoles apportant un soutien psychosocial aux personnes atteintes d'un cancer et à leur famille
Organisation montréalaise des personnes atteintes de cancer (O.M.P.A.C.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ateliers de bénévoles apportant un soutien psychosocial aux personnes atteintes d'un cancer et à leur famille et leur proche.
Programme Belle et bien dans sa peau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bénévoles de différents CHSGS aidant les personnes atteintes de cancer à se prendre en main et à accroître leur estime de soi.
Sceaders Association	<ul style="list-style-type: none"> ▪ équipe de bénévoles libanais qui travaille depuis 30 ans auprès de la clientèle adulte atteinte de cancer et en plus qui voit à l'achat d'équipements pour le centre hospitalier et le domicile
Société canadienne du cancer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 chambres, occupation double ▪ offre des services d'hôtellerie, de transport, de soutien, d'enseignement et de recherche auprès de la clientèle cancéreuse et sa famille
Vie nouvelle, Organisme de croissance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ groupe d'entraide bénévole pour personnes atteintes de cancer, leur famille et l'équipe soignante.
Virage – Groupe d'entraide pour personnes atteintes de cancer et leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> ▪ service de bénévoles au CHUM pour les personnes atteintes de cancer facilitant le transport de la clientèle atteinte d'un cancer.
VON Montréal (Victoria Order Nurses)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ association sans but lucratif offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale

ANNEXE 3

Exemplaires des questionnaires utilisés pour la collecte d'informations

Services existant en CHSGS pour les personnes atteintes d'un cancer

Fiche synthèse

Établissement : _____
Date : _____

1. La clientèle / l'utilisation des services

Site de cancer ou Type de traitement	# de cas traités <i>(Établissement)</i>		# de visites ambulatoires <i>(Établissement)</i>		# d'hospitalisation <i>(MedÉcho)</i>		D.M.S. <i>(MedÉcho)</i>	
	98-99	99-00	98-99	99-00	98-99	99-00	98-99	99-00

Bassin de desserte

Problématiques observées (coût des médicaments, délai,...)

2. Les ressources / les services

Nombre d'équipes en oncologie : _____
Spécialités des équipes : _____

Types de professionnels qui composent les équipes	#	Rôles

Modalités d'articulations de l'équipe (rencontre, plan d'intervention, intervenant pivot,...)

Services offerts (selon PQLC)	Oui	Description / Activités principales

Avez-vous un fichier des tumeurs? Si oui, décrivez-le.

Avez-vous des activités de contrôle de la qualité? Lesquelles?

Description du dossier oncologique

Problématiques observées

3. Les liens fonctionnels

Liens avec autres intervenants, services, régions,...	Internes	Externes	Description

Problématiques observées

Selon l'organisation du réseau intégré suggéré par le PQLC (niveau local, régional, suprarégional), où vous situez-vous?

4. Informations complémentaires (formation, recherche,...)

Portrait des services existant en CHSGS pour les usagers en phase terminale de maladie

Établissement: _____

Complété par: _____

Le : _____

En collaboration avec:

PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER DANS L'ORGANISATION :

A - Lits de soins palliatifs

Disponibilité de lits de soins palliatifs actuellement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Nombre de lits: _____

Ressources humaines:

Professionnels dédiés à cette clientèle	Nombre	Hrs-prés. tot. / semaine	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem.	Férié

Volume d'activités (du 1^{er} avril 1998 au 1^{er} février 1999):

Admissions (# adm./ année): _____ Durée moyenne de séjour: _____

Orientation au congé (# pt./ année): Décès: _____ Retour à domicile: _____ Autres: _____

Liste d'attente : # de patients : _____ Durée moyenne d'attente : _____

Provenance de la clientèle (# pt./ année): Domicile: _____ Urgence: _____ Unité de soins: _____ Autres: _____

Commentaires:

B - ÉQUIPE DE CONSULTATION

Équipe de consultation disponible	pour les unités	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	pour l'urgence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	pour les ressources externes (médecin traitant, CLSC,...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Spécifiez: _____			

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Ressources humaines:

Professionnels composant l'équipe actuellement	Nombre	Hrs-prés. tot. / semaine	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem.	Férié

Services offerts par cette équipe :

Gestion de la douleur

Soutien psychosocial

Autres (spécifiez)

Volume d'activités (1^{er} avril 1998 au 1^{er} février 1999):

Consultations: (# cons./ année) _____

Liste d'attente : # de patients : _____ Durée moyenne d'attente : _____

Provenance des consultations (# cons./ année): Unité de soins: _____ Urgence: _____ Autres: _____

Si autres, spécifiez: _____

Commentaires:

C - SERVICES AMBULATOIRES

Services ambulatoires disponibles pour les soins palliatifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Ressources humaines:

Professionnels pouvant être consultés actuellement	Nombre	Hrs-prés. tot. / semaine	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem.	Férié

Services offerts de façon ambulatoire :

Gestion de la douleur _____

Soutien psychosocial _____

Autres (spécifiez) _____

Volume d'activités (du 1^{er} avril 1998 au 1^{er} février 1999):

Consultations: (# cons./année) _____

Provenance des consultations (# cons./ année): Unité de soins: _____ Urgence: _____ Autres: _____

Si autres, spécifiez: _____

Commentaires:

D - PROGRAMME(S) SPÉCIALISÉ(S)

<p>Avez-vous actuellement des programmes spécialisés en soins palliatifs autres que ceux mentionnés précédemment (soutien des aidants, suivi de deuil,...)?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Types de programme	Nombre de clients ayant bénéficié du programme (depuis 1 ^{er} avril 1998)

Commentaires:

E - ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX ET DE SOUTIEN

Avez-vous une(des) politique(s) et procédure(s) particulière(s) d'accès aux services pour la clientèle en phase terminale de maladie (accès aux narcotiques, soutien psychologique, consultation médicale d'urgence,...)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-elle (Sont-elles) opérationnelle(s)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu "Oui" à la première question, annexe la (les) politique(s) et procédure(s).

Commentaires:

F - FORMATION DE BASE ET CONTINUE

Les professionnels et les médecins de votre établissement ont-ils eu accès à de la formation en lien avec les soins palliatifs depuis les deux (2) dernières années?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter le tableau suivant sinon, vous référez à la page suivante.

Thème de la formation	Durée	Participants (profession, nombre)

Quels sont les problématiques récurrentes liées aux soins palliatifs qui pourraient être abordées dans le cadre d'une formation aux professionnels ou aux médecins?

G - MODALITÉS D'ARTICULATION INTRA ET INTERÉTABLISSEMENTS

Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE PROFESSIONNELS du CHSGS offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous référez à la question suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Gestion de cas
- Rencontre d'équipe
- Procédure d'accueil standardisée
- Autres (spécifiez)

Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE VOTRE ORGANISATION ET D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie? Oui Non

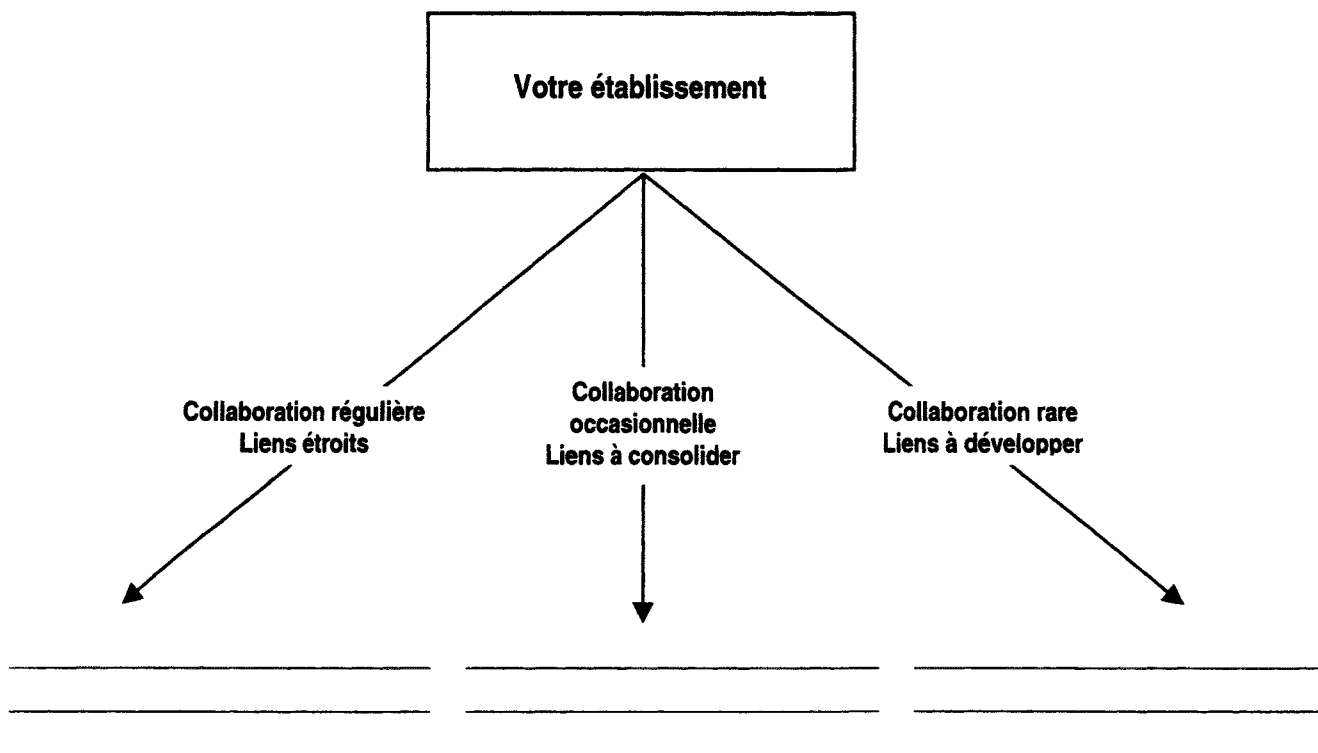
Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous référez à page suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Protocole d'entente
- Échange de services
- Rencontre de coordination
- Liaison centralisée
- Autres (spécifiez)

Les liens fonctionnels

Ce tableau vise à illustrer la collaboration qui existe actuellement dans le réseau de la santé en regard de la clientèle en phase terminale de maladie. Pour ce faire, vous devez NOMMER LES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES avec lesquels vous collaborez en les classant selon l'intensité de la collaboration



H – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Actuellement, dans votre établissement, combien y-a-t-il de patients en phase terminale de maladie?

de patients : _____ en date du : _____

Pronostic : moins de 3 mois : _____ moins de 6 mois : _____ plus de 6 mois : _____

Combien de ces patients sont dans un lit de soins palliatifs? _____

Combien de ces clients ont eu une consultation au SERVICE SOCIAL? _____

Combien de ces clients ont eu une consultation en SOINS PALLIATIFS? _____

Les clients, en phase terminale de maladie, suivis actuellement par votre établissement, ont besoin de quels types de services? *Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

Types de services

Volume de clients par types de service

Oxygène	<input type="checkbox"/>	_____
Médication SC	<input type="checkbox"/>	_____
Médication IV sur pompe	<input type="checkbox"/>	_____
Drainage gastrique	<input type="checkbox"/>	_____
Alimentation par gavage	<input type="checkbox"/>	_____
Aspirations des sécrétions	<input type="checkbox"/>	_____
Soins de trachéotomie	<input type="checkbox"/>	_____
Soins de plaies	<input type="checkbox"/>	_____
Transfusion	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	_____

Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer les services offerts par le réseau à cette clientèle?

Portrait des services existant en CLSC pour les usagers en phase terminale de maladie

Établissement: _____

Complété par: _____

Le : _____

En collaboration avec: _____

PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER DANS L'ORGANISATION :

A – CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SOINS PALLIATIFS

Offrez-vous des services de soins palliatifs?

Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Quelles sont les différentes sources de référence et le volume de clients pour chaque source de référence?

Sources de référence (vous pouvez cocher plus d'une case)	Volume de clients (du 1 ^{er} avril 1998 au 1 ^{er} février 1999)
CHSGS <input type="checkbox"/>	_____
Domicile <input type="checkbox"/>	_____
Médecin traitant <input type="checkbox"/>	_____
Autres (spécifiez) <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____
_____	_____

Lorsque le client est identifié comme ayant besoin de soins palliatifs, quel professionnel prend en charge le dossier?

	La plupart du temps	Occasionnellement	Rarement
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - PROGRAMME DE SOINS PALLIATIFS

Avez-vous un programme (ou un sous-programme) de soins palliatifs?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-il écrit?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-il effectif?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu "Oui" à la première question, compléter la section qui suit et annexer une copie du document s'il est écrit ou sinon, vous référez à la page suivante.

Le programme (ou sous-programme) de soins palliatifs comprend :
Vous pouvez ajouter d'autres composantes dans les cases vides.

Composante	Inclus	À développer	Commentaires
Philosophie			
Objectifs			
Clientèle cible			
Critères d'admissibilité			
Modèle d'organisation interne			
Coordination des services			

5. COMMENTAIRES

C – RESSOURCES / SERVICES OFFERTS

Les services en soins palliatifs sont-ils offerts par une équipe spécialisée
par des intervenants du MAD

Décrivez les ressources humaines du CLSC impliquées actuellement dans les soins aux personnes en soins palliatifs. Les cases libres vous permettent d'ajouter des types d'intervenants différents si nécessaire.

Types de professionnels / intervenants	Nombre	Hrs-prés. tot. / sem.	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem	Férié
Médecin							
Infirmière							
Travailleur social							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Auxiliaire familiale							
Bénévoles							
Psychologue							

Commentaires

Quelles sont les services disponibles, sur l'ensemble du territoire du CLSC, pour la clientèle en phase terminale de maladie?

Services	Disponible	Organisme dispensateur	À développer	Problématiques			
				Délai important	Manque de ressources	Liste d'attente engorgée	Autres (spécifiez)
Soins infirmiers							
Soins médicaux							
Garde infirmière							
Garde médicale							
Services sociaux							
Inhalothérapie							
Transport							
Équipement (prêt)							
Gardiennage, répit							
Groupe de soutien							
Accès médication d'urg.							
Services ambulatoires							

Commentaires

D - MODALITÉS D'ARTICULATION INTRA ET INTERÉTABLISSEMENTS

<p>Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE LES DIFFÉRENTS SERVICES OU PROFESSIONNELS du CLSC offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
--	--

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous réferez à la question suivante

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Gestion de cas
- Rencontre d'équipe
- Procédure d'accueil standardisée
- Autres (spécifiez)

Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE VOTRE ORGANISATION ET D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie?

Oui Non

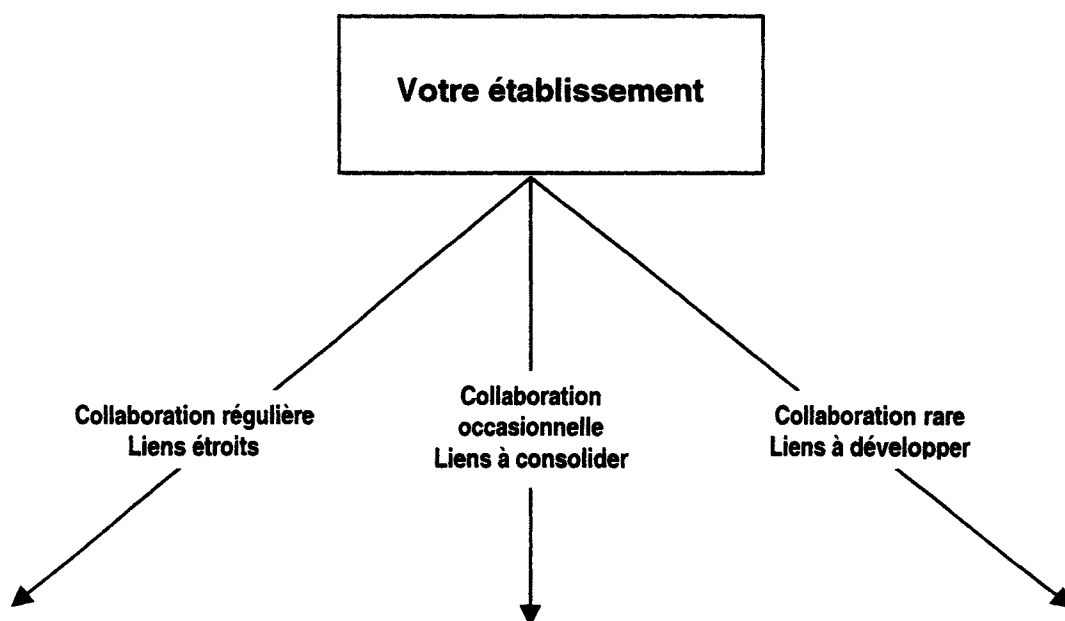
Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Protocole d'entente
- Échange de services
- Rencontre de coordination
- Autres (spécifiez)

Les liens fonctionnels

Ce tableau vise à illustrer la collaboration qui existe actuellement dans le réseau de la santé en regard de la clientèle en phase terminale de maladie. Pour ce faire, vous devez NOMMER LES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES avec lesquels vous collaborez en les classant selon l'intensité de la collaboration.



Collaboration régulière Liens étroits	Collaboration occasionnelle Liens à consolider	Collaboration rare Liens à développer

E - FORMATION DE BASE ET CONTINUE

Les professionnels et les médecins de votre établissement ont-ils eu accès à de la formation en lien avec les soins palliatifs depuis les deux (2) dernières années?

Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter le tableau qui suit sinon, vous référez à la page suivante.

Thème de la formation	Durée	Participants (profession, nombre)

Quels sont les problématiques récurrentes liées aux soins palliatifs qui pourraient être abordées dans le cadre d'une formation aux professionnels ou aux médecins?

F - BESOINS DE LA CLIENTÈLE

Quel est le nombre de personnes, en phase terminale de maladie, actuellement suivi par votre établissement?

de patients : _____ en date du : _____

Pronostic : moins de 3 mois : _____ moins de 6 mois : _____ plus de 6 mois : _____

Combien de ces clients ont eu une consultation en SOINS PALLIATIFS (EN CHSGS)? _____

Les clients, en phase terminale de maladie, suivis actuellement par votre établissement, ont besoin de quels types de services? (Vous pouvez cocher plus d'une case).

Types de services	Volume de clients par type de service	
Oxygène	<input type="checkbox"/>	_____
Médication S/C	<input type="checkbox"/>	_____
Médication IV sur pompe	<input type="checkbox"/>	_____
Drainage gastrique	<input type="checkbox"/>	_____
Alimentation par gavage	<input type="checkbox"/>	_____
Aspirations des sécrétions	<input type="checkbox"/>	_____
Soins de trachéotomie	<input type="checkbox"/>	_____
Soins de plaies	<input type="checkbox"/>	_____
Transfusion	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	_____

Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer les services offerts, par le réseau, à cette clientèle?

Portrait des services existant en CHSLD pour les usagers en phase terminale de maladie

Établissement: _____

Complété par: _____

Le : _____

En collaboration avec:

PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER DANS L'ORGANISATION :

A - LITS DE SOINS PALLIATIFS

Disponibilité de lits de soins palliatifs actuellement Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous réferez à la page suivante.

Nombre de lits: _____

Ressources humaines:

Professionnels dédiés à cette clientèle	Nombre	Hrs-prés. tot. / semaine	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem.	Férié

Volume d'activités (du 1^{er} avril 1998 au 1^{er} février 1999):

Admissions (# adm./ année): _____ Durée moyenne de séjour: _____

Orientation au congé (# pt./ année): Décès: _____ Retour à domicile: _____ Autres: _____

Liste d'attente : # de patients : _____ Durée moyenne d'attente : _____

Provenance de la clientèle (# pt./ année): Domicile: _____ Urgence: _____ Unité de soins: _____ Autres: _____

Commentaires:

B - PROGRAMME(S) SPÉCIALISÉ(S)

Avez-vous actuellement des programmes spécialisés en soins palliatifs autres que ceux mentionnés précédemment (soutien des aidants, suivi de deuil, répit, hébergement temporaire..)? Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter la section qui suit sinon, vous référez à la page suivante.

Types de programme	Nombre de clients ayant bénéficié du programme (depuis 1 ^{er} avril 1998)

Commentaires:

C - FORMATION DE BASE ET CONTINUE

Les professionnels et les médecins de votre établissement ont-ils eu accès à de la formation en lien avec les soins palliatifs depuis les deux (2) dernières années? Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter le tableau suivant sinon, vous référez à la page suivante.

Thème de la formation	Durée	Participants (profession, nombre)

Quels sont les problématiques récurrentes liées aux soins palliatifs qui pourraient être abordées dans le cadre d'une formation aux professionnels ou aux médecins?

D- MODALITÉS D'ARTICULATION INTRA ET INTERÉTABLISSEMENTS

Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie? Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous référez à la question suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

Gestion de cas

Rencontre d'équipe

Procédure d'accueil standardisée

Autres (spécifiez)

Existe-t-il, dans votre établissement, des modalités d'articulation particulières ENTRE VOTRE ORGANISATION ET D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie? Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous référez à page suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

Protocole d'entente

Échange de services

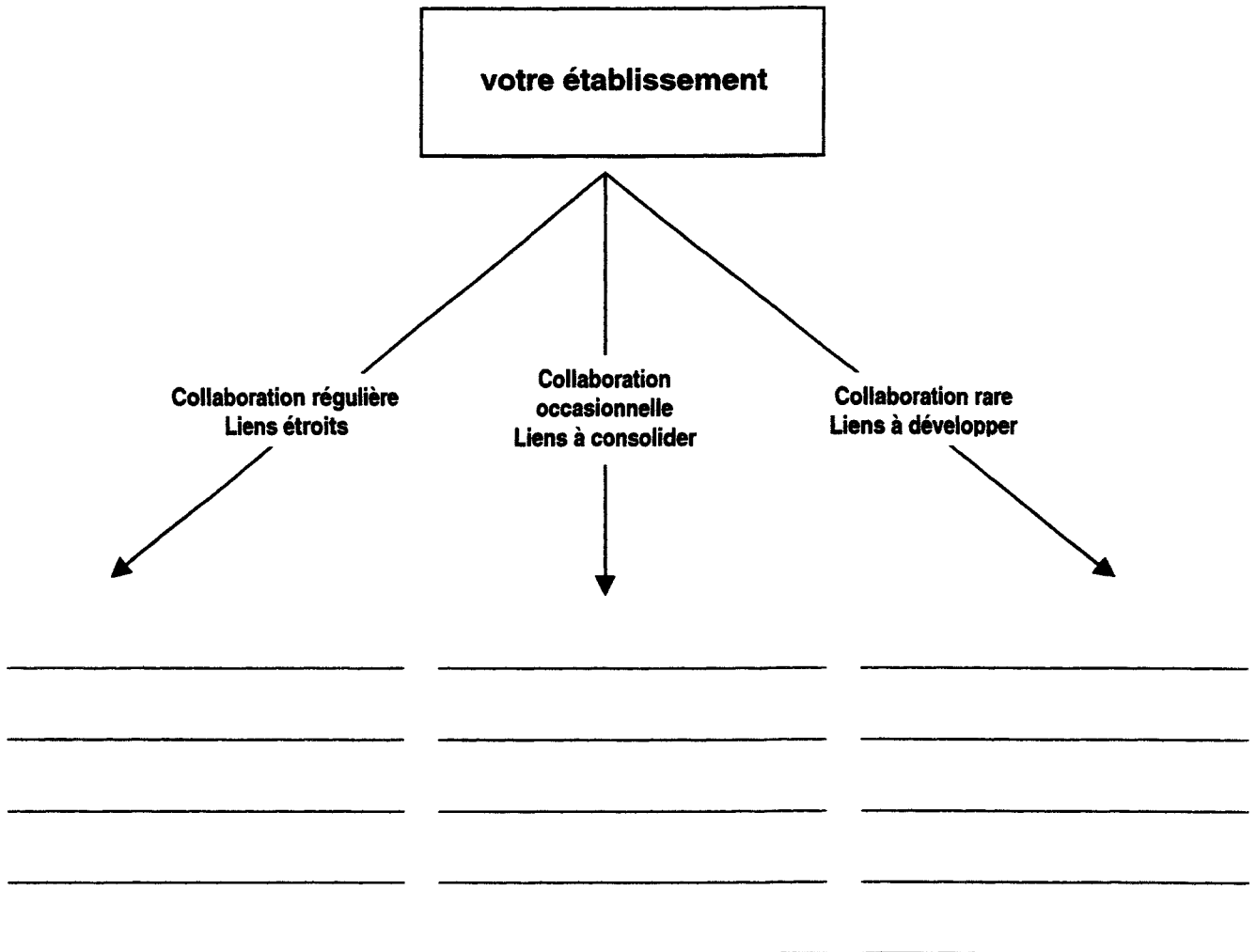
Rencontre de coordination

Liaison centralisée

Autres (spécifiez)

Les liens fonctionnels

Ce tableau vise à illustrer la collaboration qui existe actuellement dans le réseau de la santé en regard de la clientèle en phase terminale de maladie. Pour ce faire, vous devez NOMMER LES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES avec lesquels vous collaborez en les classant selon l'intensité de la collaboration



E - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Actuellement, dans votre établissement, combien y a-t-il de patients en phase terminale de maladie?

de patients : _____ en date du : _____

Pronostic : moins de 3 mois : _____ moins de 6 mois : _____ plus de 6 mois : _____

Combien de ces patients sont dans un lit de soins palliatifs? _____

Combien de ces clients ont eu une consultation au SERVICE SOCIAL? _____

Combien de ces clients ont eu une consultation avec une équipe de SOINS PALLIATIFS? _____

Les clients, en phase terminale de maladie, suivis actuellement par votre établissement, ont besoin de quels types de services? Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Types de services	Volume de clients par types de service	
Oxygène	<input type="checkbox"/>	
Médication S/C	<input type="checkbox"/>	
Médication IV sur pompe	<input type="checkbox"/>	
Drainage gastrique	<input type="checkbox"/>	
Alimentation par gavage	<input type="checkbox"/>	
Aspirations des sécrétions	<input type="checkbox"/>	
Soins de trachéotomie	<input type="checkbox"/>	
Soins de plaies	<input type="checkbox"/>	
Transfusion	<input type="checkbox"/>	
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	

Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer les services offerts par le réseau à cette clientèle?

Portrait des services existant pour les usagers en phase terminale de maladie

Organisme: _____

Complété par: _____

Le : _____

En collaboration avec: _____

A – CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SOINS PALLIATIFS

Quelles sont les différentes sources de référence et le volume de clients pour chacune d'elle?

Sources de référence (vous pouvez cocher plus d'une case)	<input type="checkbox"/>	Volume de clients (pour 1997-1998 et 1998-1999)
CLSC	<input type="checkbox"/>	_____
CHSGS	<input type="checkbox"/>	_____
Client lui-même	<input type="checkbox"/>	_____
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	_____ _____

Lorsque le client est identifié comme ayant besoin de soins palliatifs, quel professionnel prend en charge le dossier?

	La plupart du temps	Occasionnellement	Rarement
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les clients desservies par votre organisation depuis le 1^{er} avril 1997 demeuraient dans quels territoires de CLSC?

Territoires de CLSC	En 1997-1998 (nombre de clients)	En 1998-1999 (nombre de clients)
Des Faubourgs		
St.-Laurent		
Pointe St-Charles		
René Cassin		
Bordeaux-Cartierville		
Montréal-Nord		
St-Louis Du Parc		
Lasalle		
Petite Patrie		
Villeray		
Plateau Mont-Royal		
St-Léonard		
St-Michel		
Vieux Lachine		
NDG / Montréal Ouest		
Mercier Est / Anjou		
Hochalaga Maisonneuve		
Rivières des Prairies		
St-Henri		
Pierrefonds		
Rosemont		
Côtes des Neiges		
J. Octave roussin		
Parc Extension		
Métro		
Ahuntsic		
Olivier Guimond		
Lac St-Louis		
Verdun Côte St-Paul		

B - PROGRAMME DE SOINS PALLIATIFS

<p>Avez-vous un programme écrit de soins palliatifs?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
---	--

Si vous avez répondu "Oui" à la première question, compléter la section qui suit et annexer une copie du document s'il est écrit ou sinon, vous réferez à la page suivante.

Le programme de soins palliatifs comprend :
Vous pouvez ajouter d'autres composantes dans les cases vides.

Composante	Inclus	À développer	Commentaires
Philosophie			
Objectifs			
Clientèle cible			
Critères d'admissibilité			
Modèle d'organisation interne			
Coordination des services			

Commentaires

C – CLIENTÈLE CIBLE / RESSOURCES / SERVICES OFFERTS

Pouvez-vous décrire votre clientèle cible (diagnostic, âge,...)?

Vos services sont-ils disponibles dans l'ensemble de la région de Montréal-Centre? Sinon, quel territoire couvrez-vous?

Décrivez les ressources humaines, de votre organisme, impliquées actuellement dans les soins aux personnes en phase terminale de maladie. Les cases libres vous permettent d'ajouter des types d'intervenants différents si nécessaire.

Types de professionnels / intervenants	Nombre	Hrs-prés. tot. / sem.	Périodes couvertes				
			Jour	Soir	Nuit	F.de sem	Féié
Médecin							
Infirmière							
Travailleur social							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Auxiliaire familiale							
Bénévoles							
Psychologue							

Quelles sont les services offerts par vos ressources à la clientèle en phase terminale de maladie?

Services	Disponible	À développer	Commentaires
Soins infirmiers			
Soins médicaux			
Garde infirmière			
Garde médicale			
Services sociaux			
Inhalothérapie			
Équipement (prêt)			
Accès médication d'urg.			

D - MODALITÉS D'ARTICULATION INTRA ET INTERÉTABLISSEMENTS

Existe-t-il, dans votre organisation, des modalités d'articulation particulières avec D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES offrant des soins et services à la clientèle en phase terminale de maladie?

Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, répondre à la question qui suit sinon, vous référez à la page suivante.

Ces modalités prennent la forme de (Vous pouvez cocher plusieurs cases) :

Protocole d'entente

Échange de services

Rencontre de coordination

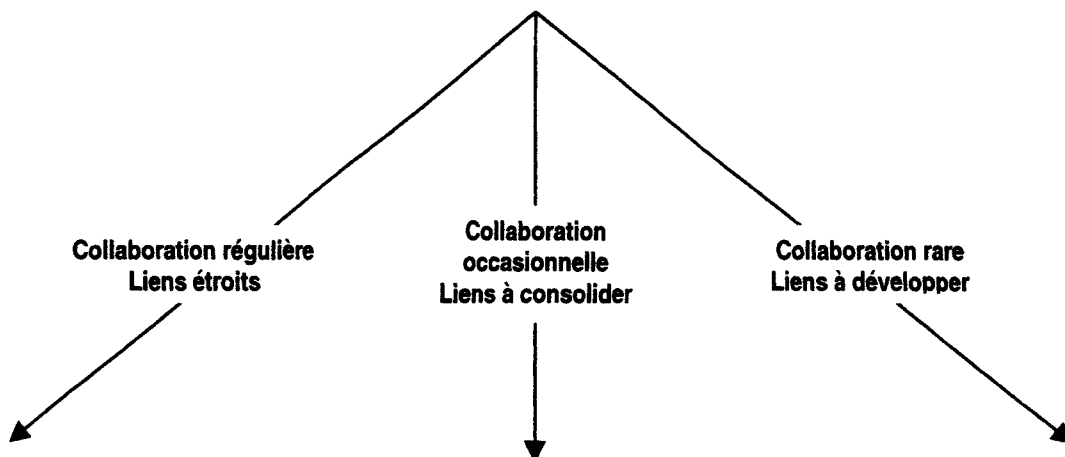
Autres (spécifiez)

Commentaires

Les liens fonctionnels

Ce tableau vise à illustrer la collaboration qui existe actuellement dans le réseau de la santé en regard de la clientèle en phase terminale de maladie. Pour ce faire, vous devez NOMMER LES ÉTABLISSEMENTS OU ORGANISMES avec lesquels vous collaborez en les classant selon l'intensité de la collaboration.

Votre organisme



E - FORMATION DE BASE ET CONTINUE

Les professionnels de votre organisme ont-ils eu accès à de la formation en lien avec les soins palliatifs depuis les deux (2) dernières années?

Oui Non

Si vous avez répondu "Oui" à cette question, compléter le tableau qui suit sinon, vous référez à la page suivante.

Thème de la formation	Durée	Participants (profession, nombre)

Quels sont les problématiques récurrentes liées aux soins palliatifs qui pourraient être abordées dans le cadre d'une formation aux professionnels ou aux médecins?

F - DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE ACTUELLE

Quel est le nombre de personnes, en phase terminale de maladie, actuellement suivi par votre organisme?

de patients : _____ **en date du :** _____

Pronostic : moins de 3 mois : _____ moins de 6 mois : _____ plus de 6 mois : _____

Combien de ces clients ont eu une consultation en SOINS PALLIATIFS (EN CHSGS)? _____

Combien de ces clients sont suivis conjointement avec le CLSC? _____

Les clients, en phase terminale de maladie, suivis actuellement par votre organisme, ont besoin de quels types de services? (Vous pouvez cocher plus d'une case).

Types de services	Volume de clients par type de service	
Oxygène	<input type="checkbox"/>	
Médication S/C	<input type="checkbox"/>	
Médication IV sur pompe	<input type="checkbox"/>	
Drainage gastrique	<input type="checkbox"/>	
Alimentation par gavage	<input type="checkbox"/>	
Aspirations des sécrétions	<input type="checkbox"/>	
Soins de trachéotomie	<input type="checkbox"/>	
Soins de plaies	<input type="checkbox"/>	
Transfusion	<input type="checkbox"/>	
Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	

Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer les services offerts à cette clientèle?

ANNEXE 4

Incidence du cancer chez les enfants

**Incidence du cancer chez les enfants de 0 à 14 ans
et de 15 à 19 ans, selon le siège de cancer,
Québec,
1984 à 1998
(nombres et taux bruts)**

AN	AGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épineière	193-194 Glandes endocrines	140-190;195- 199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1984	0-14	N	72	30	41	9	75	227
		%	31,7	13,2	18,1	4,0	33,0	100,0
		TB	5,2	2,2	3,0	0,7		16,5
	15-19	N	11	31	11	4	30	87
		%	12,6	35,6	12,6	4,6	34,5	100,0
		TB	2,1	5,8	2,1	0,7		16,2
1985	0-14	N	78	30	41	12	85	246
		%	31,7	12,2	16,7	4,9	34,6	100,0
		TB	5,7	2,2	3,0	0,9		18,0
	15-19	N	11	26	16	11	28	92
		%	12,0	28,3	17,4	12,0	30,4	100,0
		TB	2,2	5,1	3,2	2,2		18,2
1986	0-14	N	79	28	29	13	65	214
		%	36,9	13,1	13,6	6,1	30,4	100,0
		TB	5,8	2,1	2,1	1,0		15,7
	15-19	N	10	26	7	6	33	82
		%	12,2	31,7	8,5	7,3	40,2	100,0
		TB	2,1	5,3	1,4	1,2		16,8
1987	0-14	N	76	26	39	11	68	220
		%	34,5	11,8	17,7	5,0	30,9	100,0
		TB	5,6	1,9	2,9	0,8		16,1
	15-19	N	10	23	9	3	27	72
		%	13,9	31,9	12,5	4,2	37,5	100,0
		TB	2,1	4,9	1,9	0,6		15,2
1988	0-14	N	78	14	40	13	54	199
		%	39,2	7,0	20,1	6,5	27,1	100,0
		TB	5,7	1,0	2,9	0,9		14,5
	15-19	N	12	29	16	7	29	93
		%	12,9	31,2	17,2	7,5	31,2	100,0
		TB	2,6	6,2	3,4	1,5		20,0
1989	0-14	N	77	31	64	16	66	254
		%	30,3	12,2	25,2	6,3	26,0	100,0
		TB	5,6	2,2	4,6	1,2		18,4
	15-19	N	8	25	9	4	35	81
		%	9,9	30,9	11,1	4,9	43,2	100,0
		TB	1,7	5,4	2,0	0,9		17,6
1990	0-14	N	57	26	37	23	75	218
		%	26,1	11,9	17,0	10,6	34,4	100,0
		TB	4,1	1,9	2,7	1,6		15,6
	15-19	N	14	32	14	7	26	93
		%	15,1	34,4	15,1	7,5	28,0	100,0
		TB	3,0	6,9	3,0	1,5		20,1
1991	0-14	N	80	27	38	15	69	229
		%	34,9	11,8	16,6	6,6	30,1	100,0
		TB	5,7	1,9	2,7	1,1		16,4
	15-19	N	11	32	9	10	32	94
		%	11,7	34,0	9,6	10,6	34,0	100,0
		TB	2,4	6,9	1,9	2,1		20,2
1992	0-14	N	68	31	40	24	84	247
		%	27,5	12,6	16,2	9,7	34,0	100,0
		TB	4,8	2,2	2,8	1,7		17,6
	15-19	N	12	29	18	8	32	99
		%	12,1	29,3	18,2	8,1	32,3	100,0
		TB	2,5	6,1	3,8	1,7		21,0

AN	AGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épineière	193-194 Glandes endocrines	140-190;195- 199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1993	0-14	N	72	26	44	19	86	247
		%	29,1	10,5	17,8	7,7	34,8	100,0
		TB	5,1	1,8	3,1	1,3		17,5
	15-19	N	20	39	14	12	33	118
		%	16,9	33,1	11,9	10,2	28,0	100,0
		TB	4,2	8,1	2,9	2,5		24,5
1994	0-14	N	59	26	37	23	86	231
		%	25,5	11,3	16,0	10,0	37,2	100,0
		TB	4,2	1,9	2,6	1,6		16,4
	15-19	N	12	30	7	5	35	89
		%	13,5	33,7	7,9	5,6	39,3	100,0
		TB	2,5	6,1	1,4	1,0		18,2
1995	0-14	N	74	35	35	19	88	251
		%	29,5	13,9	13,9	7,6	35,1	100,0
		TB	5,3	2,5	2,5	1,4		18,0
	15-19	N	9	21	13	11	33	87
		%	10,3	24,1	14,9	12,6	37,9	100,0
		TB	1,8	4,2	2,6	2,2		17,5
1996	0-14	N	63	24	45	10	63	205
		%	30,7	11,7	22,0	4,9	30,7	100,0
		TB	4,6	1,7	3,3	0,7		14,8
	15-19	N	12	30	7	12	35	96
		%	12,5	31,3	7,3	12,5	36,5	100,0
		TB	2,4	6,0	1,4	2,4		19,2
1997	0-14	N	63	25	38	11	74	211
		%	29,9	11,8	18,0	5,2	35,1	100,0
		TB	4,6	1,8	2,8	0,8		15,4
	15-19	N	16	28	10	4	32	90
		%	17,8	31,1	11,1	4,4	35,6	100,0
		TB	3,2	5,6	2,0	0,8		18,1
1998	0-14	N	64	20	45	13	72	214
		%	29,9	9,3	21,0	6,1	33,6	100,0
		TB	4,7	1,5	3,3	1,0		15,8
	15-19	N	5	30	5	8	37	85
		%	5,9	35,3	5,9	9,4	43,5	100,0
		TB	1,0	6,1	1,0	1,6		17,2

Source : Fichier des tumeurs du Québec
2001-10-23

ANNEXE 5

Mortalité par cancer chez les enfants

Mortalité par cancer chez les enfants de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans
selon les principales causes de mortalité par cancer,
Québec,
1976 à 1998

AN	AGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épinrière	193-194 Glandes endocrines	140- 190;195-199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1984	0-14	N	72	30	41	9	75	227
		%	31,7	13,2	18,1	4,0	33,0	100,0
		TB	5,2	2,2	3,0	0,7		16,5
	15-19	N	11	31	11	4	30	87
		%	12,6	35,6	12,6	4,6	34,5	100,0
		TB	2,1	5,8	2,1	0,7		16,2
1985	0-14	N	78	30	41	12	85	246
		%	31,7	12,2	16,7	4,9	34,6	100,0
		TB	5,7	2,2	3,0	0,9		18,0
	15-19	N	11	26	16	11	28	92
		%	12,0	28,3	17,4	12,0	30,4	100,0
		TB	2,2	5,1	3,2	2,2		18,2
1986	0-14	N	79	28	29	13	65	214
		%	36,9	13,1	13,6	6,1	30,4	100,0
		TB	5,8	2,1	2,1	1,0		15,7
	15-19	N	10	26	7	6	33	82
		%	12,2	31,7	8,5	7,3	40,2	100,0
		TB	2,1	5,3	1,4	1,2		16,8
1987	0-14	N	76	26	39	11	68	220
		%	34,5	11,8	17,7	5,0	30,9	100,0
		TB	5,6	1,9	2,9	0,8		16,1
	15-19	N	10	23	9	3	27	72
		%	13,9	31,9	12,5	4,2	37,5	100,0
		TB	2,1	4,9	1,9	0,6		15,2
1988	0-14	N	78	14	40	13	54	199
		%	39,2	7,0	20,1	6,5	27,1	100,0
		TB	5,7	1,0	2,9	0,9		14,5
	15-19	N	12	29	16	7	29	93
		%	12,9	31,2	17,2	7,5	31,2	100,0
		TB	2,6	6,2	3,4	1,5		20,0
1989	0-14	N	77	31	64	16	66	254
		%	30,3	12,2	25,2	6,3	26,0	100,0
		TB	5,6	2,2	4,6	1,2		18,4
	15-19	N	8	25	9	4	35	81
		%	9,9	30,9	11,1	4,9	43,2	100,0
		TB	1,7	5,4	2,0	0,9		17,6
1990	0-14	N	57	26	37	23	75	218
		%	26,1	11,9	17,0	10,6	34,4	100,0
		TB	4,1	1,9	2,7	1,6		15,6
	15-19	N	14	32	14	7	26	93
		%	15,1	34,4	15,1	7,5	28,0	100,0
		TB	3,0	6,9	3,0	1,5		20,1
1991	0-14	N	80	27	38	15	69	229
		%	34,9	11,8	16,6	6,6	30,1	100,0
		TB	5,7	1,9	2,7	1,1		16,4
	15-19	N	11	32	9	10	32	94
		%	11,7	34,0	9,6	10,6	34,0	100,0
		TB	2,4	6,9	1,9	2,1		20,2
1992	0-14	N	68	31	40	24	84	247
		%	27,5	12,6	16,2	9,7	34,0	100,0
		TB	4,8	2,2	2,8	1,7		17,6
	15-19	N	12	29	18	8	32	99
		%	12,1	29,3	18,2	8,1	32,3	100,0
		TB	2,5	6,1	3,8	1,7		21,0

AN	AGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épine	193-194 Glandes endocrines	140- 190;195-199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1993	0-14	N	72	26	44	19	86	247
		%	29,1	10,5	17,8	7,7	34,8	100,0
		TB	5,1	1,8	3,1	1,3		17,5
	15-19	N	20	39	14	12	33	118
		%	16,9	33,1	11,9	10,2	28,0	100,0
		TB	4,2	8,1	2,9	2,5		24,5
1994	0-14	N	59	26	37	23	86	231
		%	25,5	11,3	16,0	10,0	37,2	100,0
		TB	4,2	1,9	2,6	1,6		16,4
	15-19	N	12	30	7	5	35	89
		%	13,5	33,7	7,9	5,6	39,3	100,0
		TB	2,5	6,1	1,4	1,0		18,2
1995	0-14	N	74	35	35	19	88	251
		%	29,5	13,9	13,9	7,6	35,1	100,0
		TB	5,3	2,5	2,5	1,4		18,0
	15-19	N	9	21	13	11	33	87
		%	10,3	24,1	14,9	12,6	37,9	100,0
		TB	1,8	4,2	2,6	2,2		17,5
1996	0-14	N	63	24	45	10	63	205
		%	30,7	11,7	22,0	4,9	30,7	100,0
		TB	4,6	1,7	3,3	0,7		14,8
	15-19	N	12	30	7	12	35	96
		%	12,5	31,3	7,3	12,5	36,5	100,0
		TB	2,4	6,0	1,4	2,4		19,2
1997	0-14	N	63	25	38	11	74	211
		%	29,9	11,8	18,0	5,2	35,1	100,0
		TB	4,6	1,8	2,8	0,8		15,4
	15-19	N	16	28	10	4	32	90
		%	17,8	31,1	11,1	4,4	35,6	100,0
		TB	3,2	5,6	2,0	0,8		18,1
1998	0-14	N	64	20	45	13	72	214
		%	29,9	9,3	21,0	6,1	33,6	100,0
		TB	4,7	1,5	3,3	1,0		15,8
	15-19	N	5	30	5	8	37	85
		%	5,9	35,3	5,9	9,4	43,5	100,0
		TB	1,0	6,1	1,0	1,6		17,2

Source : Fichier des tumeurs du Québec
2001-10-23

ANNEXE 6

Statistiques des stomothérapeutes

Ressources infirmières stomothérapeutes pour les personnes stomisées au Québec

Analyse et recommandations

Régions du Québec	Population 1999	% population	# de stomothérapeutes en 2001	Population par stomothérapeute en 2001	# de stomothérapeutes recommandées
Bas St-Laurent	206 591	2,80%	2	103 296	0
Saguenay-LacSt-Jean	289 696	3,90%	3	96 565	0
Québec	645 156	8,80%	4	161 289	3
Mauricie	264 251	3,60%	2	132 126	0
Estrie	288 599	3,90%	3	96 200	1
Montréal-Centre	1 799 448	24,50%	16	112 466	9
Outaouais	318 771	4,30%	2	159 386	1
Abitibi-Témiscamingue	156 039	2,10%	2	78 020	0
Côte-Nord	103 735	1,40%	2	51 868	0
Nord-du-Québec	39 304	0,50%	2	19 652	0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	103 799	1,40%	2	51 900	0
Chaudière-Appalaches	390 131	5,30%	2	195 066	0
Laval	346 539	4,70%	4	86 635	1
Lanaudière	396 656	5,40%	2	198 328	1
Laurentides	463 091	6,30%	3	154 364	0
Montérégie	1 311 493	17,90%	8	163 937	0
Centre du Québec	222 091	3,00%	2	111 046	0
Total Province de Québec	7 345 390	100,00%	61	120 416	16

Source: Commission de la représentation électorale du Québec pour les circonscriptions. (Ministère des Ressources naturelles pour les régions administratives)

