



ANNEXES

PLAN D'ACTION de **LUTTE** CONTRE LE **CANCER** dans les LAURENTIDES 2004-2007



ANNEXE I :

Profil de la RÉGION DES LAURENTIDES :
ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE EN ONCOLOGIE

ANNEXE II :

Profil de la RÉGION DES LAURENTIDES :
DONNÉES SOCIO-SANITAIRES

ANNEXE I PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE
EN ONCOLOGIE.....103

INTRODUCTION 103

LES POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION DE LA LUTTE AU CANCER DANS LES LAURENTIDES : HIVER 2002
.....105

Mise en contexte.....105

Les activités de la Direction de santé publique des Laurentides en matière de prévention.....105

Lutte au tabagisme 106

Santé environnementale 107

Santé en milieu de travail - Prévention des cancers professionnels 110

Alimentation.....111

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.....111

Les cancers colorectal et de la prostate.....116

LES PRINCIPAUX CONSTATS DE LA TOURNÉE RÉGIONALE DES ÉTABLISSEMENTS EN 2002.....117

Constats en lien avec les activités d'investigation et diagnostiques.....117

Constats en lien avec les activités chirurgicales 118

Constats en lien avec les activités de radiothérapie 119

Constats en lien avec les activités de chimiothérapie.....120

Constats en lien avec les activités adaptation/réadaptation et soutien.....122

Constats en lien avec les activités de mécanismes de liaison (CH-CLSC-Cabinets privés).....123

Constats en lien avec les activités de soins palliatifs.....124

Que dit l'Association québécoise de soins palliatifs sur la région des Laurentides 126

LA CRÉATION DU COMITÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER DES LAURENTIDES (CLCL) : HIVER 2003 127

LA CRÉATION DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION (ÉRIP) : À CONSOLIDER 129

QUESTIONNAIRE SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN ONCOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS : PRINTEMPS
2003.....131

Les CLSC.....131

Les CHSLD.....134

Les centres hospitaliers.....135

LA TRAJECTOIRE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER DANS LES LAURENTIDES : AUTOMNE 2003	139
LES CORRIDORS DE SERVICE MÉDICAUX INTRA ET EXTRARÉGIONAUX : AUTOMNE 2003	155
LE TABLEAU DES SERVICES ONCOLOGIQUES DISPONIBLES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS : HIVER 2004	159
LES EFFECTIFS ET LES SERVICES MÉDICAUX	161
L'INVESTIGATION ET LE TRAITEMENT DU CANCER DANS LES LAURENTIDES	165
LES HOSPITALISATIONS ET LES CHIRURGIES	165
LA CHIMIOTHÉRAPIE	175
LA RADIOTHÉRAPIE	175
ANNEXE I A QUESTIONNAIRE SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN ONCOLOGIE : PRINTEMPS 2003	177
ANNEXE II PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : DONNÉES SOCIO-SANITAIRES	189
INTRODUCTION	189
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES SEPT TERRITOIRES DE CLSC	191
POPULATION DES LAURENTIDES ET SA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE	196
PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	198
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE	198
HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES	200
<i>Le tabagisme</i>	200
<i>La consommation d'alcool</i>	205
<i>Consommation quotidienne de fruits et légumes</i>	206
<i>Fréquence des activités physiques durant les loisirs</i>	208
<i>Indice de masse corporelle</i>	209
<i>Les activités de dépistage</i>	210
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	211
Test de Papanicolaou (PAP)	213
Antigène spécifique prostatique (PSA)	215
<i>Le taux ajusté d'incidence du cancer</i>	216
<i>Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes</i>	219
BIBLIOGRAPHIE	233

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CAT	Centre d'abandon tabagique
CCLCQ	Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLCL	Comité de lutte contre le cancer des Laurentides
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQLC	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CTC	Comité des thérapies du cancer
DRAMH	Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSP	Direction régionale de santé publique
FRSC	Fonds de la recherche sur la société et la culture
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Information-CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JASP	Journées annuelles de santé publique
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
ORL	Oto-rino-laryngologie
OSBL	Organisme sans but lucratif
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAR	Plan d'action régional
PI	Plan d'intervention
PMO	Planification de la main-d'oeuvre
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SICHELD	Système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SI-PQDCS	Système d'information - PQDCS
SISAD	Système d'information du soutien à domicile
TEP	Tomographe par émission de positrons

ANNEXE I PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : ORGANISATION ET OFFRE DE SERVICE EN ONCOLOGIE

Introduction

Cette annexe se veut un complément d'information au Plan d'action 2004-2007 illustrant d'où l'on part en matière d'organisation de travail et d'offre de service en oncologie dans la région des Laurentides. Plusieurs informations sont présentées de manière chronologique et découlent des nombreux travaux réalisés par l'Agence des Laurentides, ex régie régionale, depuis l'automne 2001 jusqu'à aujourd'hui.

Dans un premier temps, on relate les principaux constats de l'état de situation des activités de lutte contre le cancer qui fut effectué en 2001-2002. On y retrouve les activités de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme, de santé environnementale, de santé en milieu de travail, de programmes organisés ou non, de dépistage du cancer. Ensuite, viennent des tableaux des principales forces et faiblesses constatées lors d'une tournée des centres hospitaliers et des CLSC à l'hiver 2002 en regard aux activités suivantes :

- investigation et de diagnostic;
- chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie;
- adaptation, réadaptation et soutien;
- mécanismes de liaison CH-CLSC, cabinets privés;
- soins palliatifs.

Dans un deuxième temps, on présente le mandat et la composition du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) mis sur pied à l'hiver 2003. On souligne également la création prochaine de *l'Équipe régionale d'intervention auprès de la population* et son mandat en matière de santé publique.

Dans un troisième temps, on fournit les résultats du Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie qui fut élaboré en collaboration avec les membres du CLCL et envoyé, au printemps 2003, à tous les établissements de santé des Laurentides à savoir : les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD. Ce questionnaire se voulait un complément d'information à l'état de situation de 2002. On y présente, par type d'établissement, des données quantitatives relatives aux plusieurs thèmes fondamentaux du Programme québécois de lutte contre le cancer à savoir :

- accessibilité à une consultation avec un spécialiste;
- travail en interdisciplinarité (en oncologie et en soins palliatifs);
- présence d'un intervenant pivot;
- partenariat interétablissement;
- offre de soutien psychologique dès l'annonce d'un diagnostic de cancer;
- implication des proches;
- transmission de l'information aux médecins de famille.

Dans un quatrième temps, pour compléter l'analyse du précédent questionnaire, nous avons demandé, à l'automne 2003 aux membres du CLCL représentant les centres hospitaliers, de schématiser la trajectoire des personnes atteintes de cancer, et ce, à partir de la consultation avec un spécialiste jusqu'aux soins de

fin de vie. Les trajectoires, dans chaque centre hospitalier, sont présentées suivies d'une synthèse générale.

Dans un cinquième temps, une autre schématisation est présentée celle des corridors de service médicaux, et ce, à l'intérieur de la région des Laurentides (soit entre nos établissements hospitaliers) et à l'extérieur de notre région (soit avec d'autres établissements hospitaliers). Bien que les deux illustrations ne concernent pas uniquement les services oncologiques, elles représentent la manière dont se déploient actuellement les services médicaux de notre région.

Suit, dans un sixième temps, un tableau récapitulatif à partir des travaux liés à l'état de situation de 2002 et de ceux des corridors de service des établissements de la région en 2003, les services oncologiques disponibles dans les centres hospitaliers des Laurentides et si ceux-ci sont disponibles dans l'établissement même, via un autre établissement de la région (intra) ou par l'entremise d'un établissement hors région (extra).

Enfin, dans un septième temps, nous présentons divers tableaux sur les effectifs et les services médicaux disponibles dans la région. On retrouve notamment à cette section la répartition des omnipraticiens par territoire de CLSC et celle des spécialistes par centre hospitalier, le nombre d'hospitalisations et de chirurgies par établissement et pour les quatre principaux sièges de cancer (sein, digestif bas, pulmonaire et urologique).

Les points saillants de l'État de situation de la lutte au cancer dans les Laurentides : hiver 2002⁷³

Mise en contexte

Avant de procéder à la création du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, l'étape préalable consistait à savoir où en était notre région en matière de lutte contre le cancer. La responsable du dossier cancer, à la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières à la Régie régionale, a ainsi colligé dès 2001, avec la collaboration de collègues des autres directions de la Régie régionale et des établissements de santé, plusieurs informations concernant le territoire laurentidien, à savoir : sa démographie, ses partenaires, son état de santé par territoire de CLSC, ses activités de prévention et de dépistage du cancer. Afin de faire un état de situation des services disponibles dans la région quant aux aspects investigation-traitement-adaptation-réadaptation-soins palliatifs, une tournée régionale a été effectuée à l'hiver 2002 auprès des centres hospitaliers et des CLSC. Cette consultation a permis de dégager des constats régionaux ainsi que les forces et les faiblesses des Laurentides en lien avec les diverses composantes de la lutte contre le cancer. Voici donc, en résumé⁷⁴, le portrait de la lutte contre le cancer au 31 mars 2002 pour la région des Laurentides quant aux activités de la Direction de santé publique en matière de prévention et de dépistage et quant aux forces et faiblesses liées aux activités d'investigation/diagnostic, de chirurgie, de radiothérapie, de chimiothérapie, d'adaptation/réadaptation et soutien, de mécanismes de liaison et de soins palliatifs.

Les activités de la Direction de santé publique des Laurentides en matière de prévention

Certaines habitudes de vie ont un impact sur l'incidence du cancer. Ainsi, l'association tabac et cancer du poumon ne fait plus de doute et a été confirmée par plusieurs études. Fait à noter, la population âgée de 15 ans et plus des Laurentides affiche un taux de consommation de tabac légèrement plus élevé que pour le reste de la province, soit 32,2 % versus 30,5 %.⁷⁵ La consommation d'alcool a également été montrée du doigt quant à l'augmentation des cancers oraux et de l'oesophage. Enfin, l'inactivité physique et l'obésité (pouvant résulter de mauvaises habitudes alimentaires) auraient un effet sur l'augmentation des cancers du côlon et du sein.⁷⁶

⁷³ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Version synthèse, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 68 pages.

⁷⁴ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes).

⁷⁵ DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, *Connaître pour agir, Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Arthur-Buies*, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2001, pp 4-5.

⁷⁶ Source : www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/prevention/overview.

Lutte au tabagisme

Dans le but de lutter efficacement pour contrer l'ampleur du tabagisme dans la région des Laurentides, en lien avec les orientations, les valeurs et les approches préconisées dans le plan d'action de la Direction de santé publique, l'équipe tabac intervient sur trois axes d'intervention, à savoir :

- *prévention* : valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes;
- *cessation* : aider les fumeurs à cesser de fumer;
- *protection* : protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac.

Volet prévention : valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes

Des interventions de prévention ont été menées afin de valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes et aider les jeunes fumeurs à abandonner cette habitude. Le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* mobilise les jeunes en milieu scolaire et les amène à réaliser un projet sur le tabagisme et la santé. Le projet pilote *Mission TNT.06* vise à accompagner les jeunes de façon soutenue jusqu'à l'âge adulte afin de prévenir ou retarder l'usage du tabac. Dix représentations du spectacle *In Vivo* ont eu lieu au cours de l'année, touchant plus de 4 300 jeunes du secondaire. Cette pièce de théâtre-rock retraçait le voyage d'une cellule cancéreuse à travers le corps.

La mise à jour des stratégies efficaces en prévention auprès des jeunes a permis de rejoindre les enseignants des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires de la région ainsi que les intervenants des CLSC. La participation du milieu de l'éducation au concours provincial sur la cessation a contribué à positionner la région au concours provincial parmi les premières au Québec.

Volet cessation : aider les fumeurs à cesser de fumer

En 2001-2002, plusieurs activités visant la cessation tabagique se sont déroulées, à titre d'exemple, soulignons celles-ci :

- Tournée formation de plus de 200 professionnels de la santé soit les médecins, les cliniciens et les professionnels oeuvrant en CLSC pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer;
 - Planification de l'implantation de cliniques d'aide individuelle pour cesser de fumer dans les deux plus importants centres hospitaliers de la région ainsi que dans tous les CLSC;
 - Mise à jour, promotion et distribution de plus de 10 000 guides, *Outils et ressources pour cesser de fumer dans la région des Laurentides*;
 - Planification d'une formation des professionnels de la santé et des intervenants travaillant avec le programme *Naître égaux-Grandir en santé* de deux des CLSC régionaux soit : Jean-Olivier-Chénier et Argenteuil, visant 30 personnes pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer;
 - Promotion du défi *J'arrête, j'y gagne* dans la région des Laurentides (1 250 inscriptions en 2001);
 - Organisation du concours *C'est décidé, j'arrête avec de l'aide*, dans les principaux centres commerciaux, les centres hospitaliers et les CLSC de la région dont le porte-parole est monsieur Guillaume Lemay-Thivierge.

Volet protection : protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac

La Loi sur le tabac, adoptée en juin 1999, est entrée en vigueur le 17 décembre de la même année. Suite à son adoption, plusieurs activités se sont tenues afin de répondre aux questions et aux préoccupations des exploitants, tels que des renseignements téléphoniques et des rencontres en collaboration avec les chambres de commerce du territoire des Laurentides. Par ailleurs, des messages d'information ont été régulièrement diffusés auprès de la population et des milieux de travail afin de favoriser la compréhension de cette loi. Des rencontres avec les dirigeants des commissions scolaires de la région et de certaines polyvalentes ont été effectuées pour les soutenir dans l'implantation et le respect d'un règlement interdisant l'usage du tabac sur les terrains appartenant à ces organismes.

Activités reliées aux trois volets

L'équipe de lutte au tabac de la Direction de santé publique a aussi organisé des événements provinciaux, des activités médiatiques, répondu à des demandes ponctuelles du milieu, participé aux activités de lobbying de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac et à des comités provinciaux. Enfin, nous avons répondu aux diverses demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Santé environnementale

Plusieurs substances environnementales d'origine naturelle ou anthropique sont cancérigènes. Pour certaines d'entre elles, comme le radon et l'amiante, la relation de cause à effet ne fait plus aucun doute. Des mesures tangibles sont prises pour éviter une exposition inacceptable de la population à ces substances. Pour d'autres, comme les champs électromagnétiques ou les trihalométhanes, il existe une controverse. Même si l'on n'a pas de preuve formelle qu'une exposition à ces éléments augmente les risques de cancer chez l'humain, le principe de précaution commande d'agir avec prudence et de limiter l'exposition de la population à ces substances en utilisant des moyens raisonnables qui répondent à l'évaluation du risque et qui sont acceptables socialement. Dans beaucoup de circonstances, l'équipe de santé environnementale répond aux préoccupations de la population et donne de l'information sur les risques de cancer auxquels elle a la perception d'être exposée.

La Direction de santé publique effectue essentiellement des activités de promotion et de prévention dans le cadre de la lutte contre le cancer. On peut parler de dépistage systématique des facteurs de risque comme pour l'amiante ou de mesure systématique d'exposition à des substances cancérigènes comme pour le radon. Voici les principaux facteurs environnementaux pouvant augmenter les risques de cancer et les efforts déployés par l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique pour en diminuer l'exposition.

Les trihalométhanes dans l'eau potable

Il existe un risque certain de cancer chez l'animal qui proviendrait du chloroforme que l'on associe au cancer du rein ou du foie. Chez l'humain, le risque est difficile à évaluer. Le risque relatif est peu élevé et on associe plutôt chez l'humain le cancer de la vessie, du rectum et du colon à une surexposition aux trihalométhanes. Pour la leucémie chez l'enfant, il semble que l'association soit très spéculative. Nous faisons donc face à un problème de risque à la santé qui est difficile à quantifier.

Activités de promotion et de prévention

Dans certaines municipalités, les moyennes annuelles de concentrations de trihalométhanes peuvent dépasser la nouvelle norme annuelle moyenne de 80 µg/L. Dans ces municipalités, de concert avec les intervenants du ministère de l'Environnement, nous informons les responsables municipaux et soutenons les recommandations du ministère pour les modifications qui s'imposent aux réseaux de distribution.

Activités de dépistage systématique du risque

On ne peut pas faire de dépistage systématique de maladie dans la population. Par contre, en attendant que les municipalités puissent apporter les modifications nécessaires à leur réseau, on leur suggère d'effectuer une mesure par mois, pour la prochaine année, dans l'eau destinée à la consommation afin d'avoir une meilleure idée de l'exposition puisque les concentrations peuvent varier beaucoup au cours d'une même année.

Les champs électromagnétiques

Tel que mentionné dans le consensus du groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les risques associés aux champs électromagnétiques (CEM) provenant des lignes électriques, le risque d'effets sur la santé lié à l'exposition chronique (apparition de leucémie chez l'enfant et chez l'adulte) demeure incertain.

Activités de promotion et de prévention

L'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique a participé aux audiences publiques sur l'éventuelle mise en place de la ligne à haute tension Grand-Brûlé Vigeant et la problématique des CEM. Ses recommandations se sont alignées sur celles du groupe de travail qui visent à évaluer les mesures de réduction possibles des niveaux de champs émis par les lignes d'électricité en tenant compte des 5 critères suivants : efficacité, faisabilité technique, coût raisonnable, acceptabilité sociale et sécurité.

Le radon à Oka

Il ne fait plus aucun doute maintenant que le radon est une cause importante de cancer du poumon, même aux concentrations rencontrées dans certaines maisons. On retrouve une situation exceptionnelle dans un secteur d'Oka et à un moindre degré dans un secteur de Saint-André. En particulier à Oka, on remarque des concentrations de radon dans certaines maisons qui dépassent de beaucoup, tout ce qui a déjà été mesuré ailleurs au Canada.

Activités de promotion et de prévention

À cause des risques de surexposition au radon de cette population, la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation a mis en œuvre une intervention de santé publique de grande envergure dont des activités d'information mettant en garde la population des dangers associés au radon en incitant les propriétaires des maisons à risque à mesurer les concentrations de radon de leur domicile et d'apporter les corrections nécessaires si les résultats dépassaient la ligne directrice américaine de 150 Bq/m³.

Activités de dépistage systématique (mesures de radon dans les maisons)

Pour cette même population qui totalise environ 350 maisons pour Oka et 95 pour Saint-André, plusieurs campagnes de dépistage systématique des secteurs considérés à risque à la recherche de maisons ayant une concentration élevée de radon ont été menées.

Les rayons ultraviolets

Les cancers de la peau sont associés à l'exposition aux rayons ultraviolets et leur incidence augmente.

Activités de promotion et de prévention

Chaque année, nous nous associons aux campagnes de sensibilisation provinciales afin de réduire l'exposition de la population aux rayons ultraviolets. Nous informons aussi les propriétaires de garderie de manière opportuniste quand l'occasion se présente lors d'une demande ad hoc. Il s'agit d'éviter le soleil durant les heures d'ensoleillement maximal et de porter des vêtements protecteurs ainsi que d'utiliser des filtres solaires appropriés.

L'amiante

L'exposition à l'amiante est reliée au cancer broncho-pulmonaire et au mésothéliome. Une vaste opération provinciale de prévention, concernant le flochage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec, a été mise en branle en mars 1998. Les équipes de santé publique et de santé au travail des différentes régions du Québec, dont celle des Laurentides, ont été mises à contribution pour informer tous les groupes concernés et faire l'évaluation qualitative de l'état de conservation du flochage d'amiante dans les bâtiments impliqués. Cependant, bien que l'inhalation de fibres d'amiante en suspension dans l'air puisse provoquer des effets nocifs sur la santé à long terme, les risques d'amiantose ou de cancer associés aux concentrations de fibres d'amiante mesurées dans les bâtiments scolaires sont pratiquement inexistantes ou très faibles. Cette démarche préventive visait surtout à connaître et à contrôler une situation reliée à l'amiante.

Les pesticides

Certains pesticides sont suspectés d'activité cancérigène ou d'être des promoteurs d'activité cancérigène.

Activités de promotion et de prévention

De plus en plus, les individus et les collectivités sont sensibilisés à l'usage immodéré des pesticides dont l'usage résidentiel est considéré comme un risque inutile. La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation encourage fortement les initiatives de plusieurs municipalités qui, comme Saint-Jérôme, veulent passer progressivement à l'utilisation de produits biologiques.

Autres activités

Par ailleurs, l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation répond aux demandes ad hoc en deuxième ligne. Dans le cadre de ces interventions, les professionnels vont souvent donner un avis sur des risques appréhendés par la population d'être exposée à

des substances qu'on associe à des cancers comme la perception d'odeurs provenant d'une usine qui pouvait faire craindre la présence de solvants ou encore, la possibilité d'émission de formaldéhyde dans les poussières d'une autre compagnie. Ces interventions permettent d'éclairer la population qui est souvent submergée de renseignements parfois contradictoires.

Santé en milieu de travail - Prévention des cancers professionnels

Le réseau de la santé au travail, les CLSC et la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation travaillent en étroite collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin d'améliorer les conditions de travail au sein des entreprises du territoire des Laurentides. La lutte aux cancers professionnels se fait généralement dans le cadre des activités régulières avec les milieux de travail.

Entre autres activités, les équipes locales soutiennent les entreprises afin que celles-ci puissent respecter leurs obligations légales dont celles issues du Règlement sur la santé et la sécurité du travail. L'article 42 du Règlement précise que lorsqu'un travailleur est exposé à une substance identifiée à l'annexe I dudit règlement, comme ayant un effet cancérigène démontré (C1) ou soupçonné (C2) chez l'humain, une telle exposition doit être réduite au minimum même lorsqu'elle demeure à l'intérieur des normes prévues à cette annexe. Les équipes locales aident donc les employeurs et les travailleurs dans la recherche de solutions pour réduire l'exposition aux produits cancérigènes (mesures de substitution, de contrôle des cancérigènes, travail en système clos, captage à la source et port d'équipement de protection).

Malheureusement, les interventions des équipes locales de santé au travail des CLSC et celles de l'équipe régionale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation se concentrent principalement auprès des secteurs manufacturiers. Un nombre encore important d'entreprises du territoire des Laurentides, comme au Québec d'ailleurs, ont peu accès aux services offerts par les équipes en santé au travail,⁷⁷ à moins qu'elles n'en fassent la demande explicite. Cette situation limite donc la portée de l'action préventive auprès de la population en général.

Programmes provinciaux

Quelques substances réglementées à l'annexe I du Règlement sur la santé et la sécurité du travail font l'objet de programmes d'interventions concertés au niveau provincial avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail: l'amiante (C1), le béryllium (C2) et la silice cristalline-quartz (C2). Ces programmes ont entre autres objectifs d'éliminer à la source l'exposition à ces substances dans les milieux de travail et de s'assurer que les travailleurs se protègent adéquatement lorsque l'élimination à la source n'est pas possible (formation et information des travailleurs, accès aux équipements de protection individuelle). L'exposition à ces produits peut causer un cancer du poumon.

Au cours des dernières années dans la région des Laurentides, nous avons rejoint plus de 40 écoles de quatre commissions scolaires et visité plus de 1 200 locaux pour évaluer la qualité des flocages d'amiante. Les travaux de correction de 15 % des locaux; enlèvement et remplacement des matériaux, encapsulation; sont actuellement en cours et sous la responsabilité des commissions scolaires. Près de cinquante

⁵ On fait référence ici à la notion de groupe prioritaire, c'est-à-dire qu'un règlement oblige les entreprises de ces groupes à avoir un programme de santé dispensé par le réseau de la santé au travail. Cette obligation n'est aucunement liée à celle décrite à l'article 42 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail qui lui, s'applique à tous les établissements du Québec.

travailleurs du secteur de la construction, qui ont été exposés à l'amiante au cours de leur carrière, ont été rencontrés afin de recevoir des services de surveillance médicale. Deux séances d'information ont aussi été données aux employeurs responsables de chantiers où il pourrait y avoir des travaux d'enlèvement d'amiante et à leurs travailleurs afin que ceux-ci se protègent adéquatement lors des travaux.

Plus de 150 entreprises des Laurentides sont identifiées dans le cadre d'un projet provincial de diminution de l'exposition au béryllium. Pour l'instant, l'intervention se concentre auprès des quatre fonderies du territoire. Les résultats d'exposition sont connus dans une seule entreprise et la présence de béryllium n'est pas détectée. Suite aux projets d'intervention pour limiter l'exposition à la silice lors des procédés de décapage au jet et aux isocyanates lors de la peinture, tous les carrossiers du territoire ont modifié leur procédé en substituant l'olivine synthétique à la silice et en mettant à la disposition des travailleurs effectuant le décapage au jet ou la peinture, un système de protection respiratoire à adduction d'air. De plus, les programmes de santé des établissements municipaux peuvent prévoir des activités de prévention reliées à l'exposition aux rayons ultraviolets pour les travailleurs de la voirie. Il faut toutefois noter qu'il n'existe pas de programme systématique de prévention de l'ensemble des cancers professionnels. Le Programme national de santé publique – la santé en milieu de travail, actuellement en élaboration, devrait comporter des actions précises sur la prévention des cancers professionnels.

Alimentation

La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation n'a pas de programme organisé en nutrition.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein⁷⁸

Le cancer du sein demeure, au Québec comme dans plusieurs pays occidentaux, la principale forme de cancer chez les femmes. La méconnaissance des causes du cancer du sein et l'impossibilité d'agir sur les principaux facteurs de risque connus (âge, antécédents familiaux) rendent difficilement applicable, pour l'instant, toute stratégie basée sur la prévention primaire. Par contre, on sait que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison.⁷⁹

Le dépistage du cancer du sein ayant été identifié comme une des priorités nationales de santé publique, en 1997 le Québec a décidé de mettre en place un programme de dépistage systématique dans le but de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, sur une période de dix ans.⁸⁰ Il s'agit du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (ou PQDCS).

⁷⁸ Résumé de la section présentée par Céline Piché, coordonnatrice administrative, Nicole Lapointe, agente de planification et de programmation sociosanitaire et Guylaine Arbour, agente de recherche sociosanitaire du programme québécois de dépistage du cancer du sein des Laurentides, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation.

⁷⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme québécois de dépistage du cancer du sein – *Rapport d'activités des années 1998 et 1999*, mai 2001.

⁸⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme québécois de dépistage du cancer du sein – *Cadre de référence*, octobre 1996.

Implantation du PQDCS

Organisation des services

Les centres de dépistage désignés (ou CDD) sont choisis parmi les centres publics (centres hospitaliers) ou privés (cliniques de radiologie) et doivent mettre en place les services répondant aux exigences du programme. En 1996, il y avait cinq centres de mammographie dans la région, deux en cliniques privées et trois en centres hospitaliers. L'implantation du PQDCS a entraîné une révision basée sur la densité de la population, une répartition géographique plus équilibrée et l'accessibilité à des équipements de pointe pour les équipes médicales des centres hospitaliers. Cinq centres de dépistage ont été prévus, les voici :

- Le Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle;
- L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;
- La Clinique de radiologie Saint-Eustache;
- Le Centre hospitalier Laurentien (programme non démarré au 31 mars 2002);
- Le CLSC-Hôpital d'Argenteuil (programme non démarré au 31 mars 2002).

Les centres de référence pour investigation désignés (ou CRID) sont mis en place afin d'offrir la gamme complète des services, de la façon la plus coordonnée possible, aux femmes qui ont besoin d'une investigation suite à une mammographie anormale. Compte tenu du volume estimé d'examens à réaliser et de la recommandation de désigner un nombre restreint de centres d'investigation, un seul CRID a été désigné. Celui-ci est situé au Centre hospitalier Saint-Eustache.

Le centre de coordination des services régionaux (ou CCSR), dont le mandat est d'assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région, est situé à la Régie régionale et relève de la Direction régionale de santé publique, de planification et d'évaluation.

Processus d'agrément et de certification

Tous les centres, CDD et CRID, réalisant des mammographies pour le programme, doivent être reconnus par le Programme d'agrément en mammographie (ou PAM) de l'Association canadienne des radiologistes. Dans le cadre du PAM, les centres doivent soumettre, pour étude, des films de mammographie sur lesquels on ne retrouve pas d'anomalie. Pour les centres à faible débit, le délai nécessaire pour produire ces films est plus long que celui alloué par le Programme d'agrément en mammographie. Le centre de référence pour investigation désigné rencontre une difficulté supplémentaire : sa clientèle étant presque exclusivement composée de femmes présentant des anomalies aux seins, il devient extrêmement difficile de produire les films sans anomalie exigés par le PAM.

Bien qu'ils y consacrent beaucoup d'efforts et de temps et malgré le soutien technique et financier de la Régie régionale, deux des cinq centres de dépistage et le centre de référence pour investigation n'ont pas encore obtenu l'agrément en mammographie, ce qui retarde le déploiement du programme dans la région.

La mise sur pied d'une équipe de soutien, de même qu'une demande de révision des exigences pour les centres de référence pour investigation désignés, sont présentement à l'étude au ministère de la Santé et des Services sociaux mais les travaux ne progressent pas au rythme souhaité par les responsables régionaux.

Démarrage du programme

Le programme est reconnu comme étant appliqué dans une région lorsque l'organisation des services est terminée ou avancée et que le système d'information entre en fonction dans au moins un centre de dépistage. On dit alors qu'une région «démontre» ou encore que le PQDCS est «mis en place» dans une région. Il est important de noter que dans une région où l'on implante le programme, seuls les CDD peuvent facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec les honoraires des mammographies de dépistage qui y sont faites, et ce, à compter de la date du démarrage dans cette région. La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation a pris la décision de mettre en place le programme dans la région, même si l'organisation des services n'était pas complétée, puisque la majorité des centres étaient prêts; le programme devant être appliqué progressivement dans les autres centres, à mesure qu'ils seraient prêts. Le PQDCS a démarré officiellement dans les Laurentides le 1^{er} mai 1999.

Activités du centre de coordination des services régionaux

En fonction depuis septembre 1998, le Centre de coordination des services régionaux doit assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région. Il doit entre autres, assurer la promotion du programme, répondre aux demandes d'information des femmes et des intervenants (à cet effet une ligne téléphonique spécifique avec un numéro sans frais est accessible), procéder à l'invitation et au rappel des femmes, procéder à l'envoi des lettres de résultat et faire le suivi des résultats anormaux.

Promotion – Information – Sensibilisation

Sous ce volet, différentes activités ont été réalisées et des outils de promotion ont été créés. Plusieurs acteurs ont contribué à rejoindre les femmes visées par le PQDCS ainsi que les intervenants impliqués directement ou indirectement dans la lutte au cancer du sein. La plupart des documents s'adressant directement aux femmes ont été reproduits en anglais.

Formation des intervenants

Activités réalisées

- Information sur le PQDCS et Utilisation du système d'information SI-PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage, des centres de référence pour investigation désignés et des centres de coordination des services régionaux.
- Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage, des centres de référence pour investigation désignés et des centres de coordination des services régionaux.
- Fonctionnement du PQDCS et recommandations concernant le dépistage, l'investigation et le suivi du cancer du sein à l'intention des omnipraticiens.
- Information sur le PQDCS à l'intention des infirmières d'Info-Santé CLSC.

Activités à venir

- Information sur le PQDCS à l'intention du personnel des centres de dépistage non désignés, avant leur entrée dans le programme.

- Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS – module avancé à l'intention du personnel du CRID et des intervenantes psychosociales.
- Formation à l'intention des médecins, à déterminer selon une évaluation des besoins.
- Formation à l'écoute et à la relation d'aide à l'intention des bénévoles des organismes offrant des services aux personnes atteintes de cancer.

Les radiologistes et les technologues en radiologie doivent faire la preuve qu'ils ont participé à des activités de formation continue pour maintenir leur participation au PQDCS.

Suivi des résultats anormaux

Lorsque la mammographie est *anormale*, le Centre de coordination des services régionaux doit s'assurer qu'un médecin a pris en charge le suivi de la femme et pour ce faire, plusieurs actions sont posées :

- Contrôle des délais d'investigation via le système d'information spécifique au PQDCS (SI-PQDCS);
- Appel téléphonique à la femme;
- Envoi d'une lettre au médecin traitant;
- Recherche de données manquantes au SI-PQDCS.

Lorsque la conclusion de l'investigation n'est pas inscrite au SI-PQDCS, la femme ne peut pas être rappelée après deux ans. Le Centre de coordination des services régionaux procède donc à la recherche des informations manquantes en utilisant différents moyens et sources de renseignements :

- Appel téléphonique à la femme;
- Envoi d'une lettre ou télécopie au médecin traitant;
- Appel au CDD et/ou à la clinique du médecin;
- Demande de copie des rapports d'investigation au centre où a eu lieu l'investigation;
- Envoi des rapports obtenus à l'équipe de l'Institut national de santé publique du Québec qui effectue la saisie des données.

Information et soutien à la clientèle

Lors d'appels téléphoniques au Centre de coordination des services régionaux, de l'information, du soutien et de l'accompagnement sont offerts aux femmes qui en éprouvent le besoin. Si nécessaire, les femmes peuvent être référées à l'intervenante sociale du CRID.

Collaboration avec différents partenaires

Financé par la Régie régionale, le *Programme d'information et de sensibilisation sur le dépistage du cancer du sein* vise à faire la promotion du PQDCS et des méthodes de dépistage. Il a été réalisé sous forme de projet-pilote dans un CLSC d'abord, puis dans les 7 CLSC de la région. Neuf infirmières ont reçu la formation requise et organisent des activités sur leur territoire respectif.

Résultats préliminaires

Population admissible

La population admissible est composée des femmes âgées de 50 à 69 ans qui résident dans la région des Laurentides. La population moyenne en 2000-2001 était de 47 485 femmes.⁸¹

Lettres envoyées

Les données compilées par le secrétariat du Centre de coordination des services régionaux nous indiquent que, pour la période de janvier 2000 à décembre 2001, 22 405 lettres d'invitation, 15 977 lettres de relance et 7 102 lettres de rappel ont été acheminées aux femmes de la région.⁸² Les lettres d'invitation destinées aux femmes qui habitent les secteurs des deux centres de dépistage non démarrés ne sont pas envoyées pour le moment mais devraient l'être bientôt.

Activités de dépistage

Selon les données issues de la banque du PQDCS⁸³, le nombre de femmes admissibles ayant passé une première mammographie de dépistage (cycle 1)⁸⁴ de 1999 à 2001 est de 21 027, ce qui représente un taux de participation au dépistage de 44,3 %. Notons que 76,2 % de ces dépistages ont été réalisés dans la région. On peut penser que ce taux serait plus élevé si toutes les femmes admissibles avaient été invitées.⁸⁵

Parmi les 21 027 femmes ayant eu une mammographie de dépistage, 20 909 (99,4 %) ont consenti à participer au PQDCS⁸⁶ :

- 38,9 % sont âgées de 50 à 54 ans;
- 27,8 % de 55 à 59 ans;
- 18,9 % de 60 à 64 ans;
- 14,4 % de 65 à 69 ans.

Le résultat de la mammographie de dépistage a été *normal* dans 78,4 % des cas, *normal/lésion bénigne* dans 8,3 % des cas et *anormal* dans 13,3 % des cas. Le délai pour obtenir un rendez-vous pour une

⁸¹ Source : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Fichier des populations admissibles, 2001. La moyenne est calculée sur les populations ajustées de septembre 1999, mars et novembre 2000 et mai 2001.

⁸² Avant cette date, le Centre de coordination des services régionaux a fait parvenir les lettres de résultat aux femmes de la région qui avaient participé au programme dans une région démarrée.

⁸³ Banque de données exadepist31122001reg15.sav, extraction du SI-PQDCS, 31 décembre 2001.

⁸⁴ Un cycle est d'une durée de deux ans. Un certain nombre de femmes de la région sont à leur deuxième cycle dans le programme et quelques-unes, ayant débuté le programme dans une autre région, sont rendues à leur troisième cycle de dépistage.

⁸⁵ Compte tenu des restrictions qui étaient en vigueur pour l'accès à la mammographie de dépistage, certaines mammographies, dont le nombre est inconnu, ont été facturées sous le code «*mammographie diagnostique*» et n'ont donc pas été enregistrées dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le taux de participation au dépistage obtenu est donc plus bas que le taux réel.

⁸⁶ Lorsqu'une femme donne son consentement à participer au programme, cela signifie qu'elle accepte que les données la concernant soient envoyées aux responsables du programme et que les données recueillies soient utilisées à des fins de recherche et d'évaluation du programme. C'est pourquoi les analyses ne portent que sur les femmes ayant consenti au programme et que les données sur les femmes ayant été dépistées, mais ayant refusé d'entrer dans le programme ne peuvent être utilisées.

mammographie de dépistage est variable d'un CDD à l'autre, allant de deux semaines à quatre mois (selon l'information fournie par les centres de dépistage).

Les cancers colorectal et de la prostate

Il n'y a pas de programme structuré de dépistage pour ces cancers.

Le cancer du col utérin⁸⁷

L'infection par le virus du papillome humain (ou VHP), communément appelée condylomes, constitue un important facteur de risque associé au cancer du col. Selon Santé Canada, entre 10 % et 30 % de la population adulte est infectée par le VHP.⁸⁸ Toutefois, seuls certains génotypes du VHP sont associés au cancer du col utérin et leur évolution vers la néoplasie du col serait étroitement associée au tabagisme et à la présence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (ou VIH). D'autres facteurs sont associés au risque plus élevé de cancer du col : un grand nombre de partenaires sexuels, un partenaire qui a eu de nombreux partenaires sexuels et l'âge précoce des premières relations sexuelles. Aussi, les Lignes directrices nationales et provinciales recommandent-elles que toutes les femmes actives sexuellement subissent régulièrement un test de dépistage du cancer col utérin (le test Pap).⁸⁹

Actuellement, aucune activité structurée de dépistage n'est réalisée dans notre région bien que certaines actions soient posées en ce qui a trait aux volets des services de santé et de la prévention-promotion. Ainsi, dans le cadre de l'examen médical périodique, il est recommandé qu'un dépistage du cancer du col soit fait pour toutes les femmes qui ont une vie sexuelle active. Par contre, il n'y a aucun programme structuré qui en fait la promotion ou qui gère les examens et leurs résultats, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein.

Pour la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation, les programmes de prévention des maladies transmissibles sexuellement (ou MTS), incluant les condylomes, visent surtout à réduire leur incidence au moyen d'activités de dépistage, de promotion des comportements préventifs favorisant la réduction des risques tels que l'utilisation de condoms, l'encouragement à retarder l'âge du début de la vie sexuelle active et la diminution du nombre de partenaires sexuels. Des activités de formation pour les professionnels de la santé (médecins et infirmières) sont prévues au cours de l'année 2002-2003. En collaboration avec le Collège québécois des Médecins de famille, la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation offrira des ateliers de formation aux médecins et aux infirmières de la région sur les MTS virales, herpès et condylomes. Une mise à jour sur les MTS et les activités de notification aux partenaires est prévue à l'automne 2002 auprès des intervenants des cliniques MTS des CLSC, pour les clientèles jeunesse et adulte. La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation assurera aussi la distribution auprès des intervenants de la région d'un dépliant d'information s'adressant aux personnes atteintes de condylomes.

⁸⁷ Résumé de la section présentée par Pierre Robillard, médecin conseil, Équipe des maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation.

⁸⁸ SANTÉ CANADA, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Édition 1998, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/Sida et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa, pp. 193-99.

⁸⁹ Ibid.

Les principaux constats de la tournée régionale des établissements en 2002

Une professionnelle de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de la Régie régionale des Laurentides a effectué, à l'hiver 2002, une tournée dont l'objectif général était de rencontrer les divers intervenants des 5 centres hospitaliers et des 7 CLSC impliqués activement auprès de la clientèle qui lutte contre le cancer. Les objectifs spécifiques étaient de recueillir les informations concernant l'organisation et la prestation des services à la clientèle atteinte de cancer, dresser un portrait sur le mode de distribution des services et établir des constats à partir de la cueillette d'information. Les rencontres, d'une durée de trois heures, étaient encadrées par un canevas d'entrevue afin d'assurer une harmonisation de la cueillette d'information. Lors de ces rencontres, 70 intervenants de la santé de plusieurs secteurs ont été consultés, tels que :

- Directeurs généraux;
- Directeurs des services professionnels;
- Médecins de famille;
- Hémato-oncologues;
- Oncologues;
- Chefs de services;
- Chefs d'administration de programmes;
- Infirmières cliniciennes;
- Infirmières assistantes;
- Ergothérapeutes;
- Inhalothérapeutes.

Suite à la tournée régionale, des constats ont été dégagés. Ils sont énumérés en lien avec les différentes activités du continuum de soins. De ces constats, des forces et des faiblesses ont été ressorties. L'expression «force» a été utilisée pour faire ressortir ce qui est accessible dans la région, tandis que l'expression «faiblesse» désigne les limites, les difficultés, les situations qui bénéficieraient d'être améliorées.

Constats en lien avec les activités d'investigation et diagnostiques

Accessibilité

Les cinq centres hospitaliers des Laurentides offrent des activités diagnostiques de base. L'accessibilité au SCAN sur le territoire de Sainte-Agathe a permis de réduire considérablement la liste d'attente au centre hospitalier régional, soit l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Seul le CLSC-Hôpital d'Argenteuil n'offre pas la tomodensitométrie. Le centre régional dispose également de services diagnostiques spécialisés de médecine nucléaire. Des services de résonance magnétique seront accessibles à la fin de l'année 2002. Bien que l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offre les activités de médecine nucléaire, les centres hospitaliers du bassin sud et celui du bassin nord utilisent principalement les corridors de service établis avec les établissements de la région de Montréal.

Corridors de service

Des corridors de service formels et informels sont établis pour les services non offerts par les établissements. Ceux-ci sont principalement établis avec la région de Montréal, entre autres avec l'Hôpital Sacré-Cœur, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Des services sont aussi consommés dans la région de Laval. Certains médecins utilisent leur réseau de collègues pour faire des références. Ces modalités permettent parfois d'accélérer la prise en charge de la personne. Quant au délai pour l'ensemble des activités diagnostiques, il varie selon l'urgence de la demande et est plus rapide lorsque la clientèle est hospitalisée. Mais de prime abord, la clientèle atteinte de cancer est prioritaire.

Forces de la région

- ✓ Les services de base sont accessibles.
- ✓ Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (ou HDSJ) est en voie de réalisation.
- ✓ L'accessibilité aux services hors région est assurée par des corridors de service.
- ✓ L'ouverture de la tomodensitométrie au CH Laurentien a diminué considérablement la liste d'attente de l'HDSJ.

Faiblesses de la région

- ✓ Malgré les corridors de service établis, les médecins doivent souvent téléphoner à l'établissement receveur pour un accès rapide à un examen d'investigation. Lorsque ce contact est fait, le délai est acceptable. Si la demande est acheminée par les voies normales, le délai s'avère plus long.
- ✓ Le délai d'accès est plus rapide lorsqu'une personne est hospitalisée.
- ✓ Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs font une rétention de la clientèle, et que celle-ci est retournée dans sa région d'origine pour un suivi tardif, soit à la phase préterminale ou terminale de la maladie.

Constats en lien avec les activités chirurgicales

Accessibilité

Les centres hospitaliers des Laurentides assurent la plupart des chirurgies simples. La présence des spécialistes hors région à l'intérieur de nos centres hospitaliers permet à la clientèle, ayant subi une chirurgie à l'extérieur de la région, d'avoir un suivi postopératoire au niveau local. Les soins postopératoires sont assurés dans des délais acceptables par tous les CLSC.

Corridors de service

L'accessibilité à des corridors de service intrarégionaux et extrarégionaux permet les références pour des chirurgies plus complexes. Le délai pour subir une chirurgie après le diagnostic de tumeur maligne est d'au plus 1 mois.

Forces de la région

- ✓ Dès le diagnostic établi, le délai est d'au plus 1 mois pour la chirurgie ou le traitement (ressources intra ou extraterritoriales).
- ✓ Le délai est acceptable pour la prise en charge par les CLSC, en phase postopératoire pour des soins physiques.
- ✓ La répartition intrarégionale des types de chirurgies selon les spécialités permet une certaine rétention de la clientèle.
- ✓ La présence, à tour de rôle, des spécialistes hors région à l'intérieur de nos établissements assure une accessibilité et permet à certaines clientèles d'avoir un suivi postopératoire local malgré une intervention chirurgicale hors région.

Faiblesses de la région

- ✓ Il y a une rétention de la clientèle hors région en phase postopératoire par certains spécialistes.
- ✓ Il y a des références tardives de la clientèle traitée hors territoire vers la région de résidence.

Constats en lien avec les activités de radiothérapie

Accessibilité

Les établissements de la région n'offrent pas de service de radiothérapie. Un projet de centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux en octobre 1999. Ce projet permettrait la rétention de la clientèle et aurait un impact direct sur la qualité de vie des patients en traitement et sur les coûts de déplacement.

Les principaux corridors de service sont établis avec la région de Montréal à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ainsi qu'avec la région de Trois-Rivières au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Le service d'hébergement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pendant les traitements de radiothérapie est connu mais peu utilisé par la clientèle. Cette dernière préfère demeurer dans sa région de résidence afin d'être supportée par les siens. Certaines clientèles refusent ou même abandonnent leurs traitements de radiothérapie à cause de la fatigue due à la maladie, des distances à parcourir, des frais associés et de l'éloignement de leur famille.

Le délai se situe à l'intérieur d'un mois pour obtenir une première consultation d'évaluation et de planification des traitements. Quant au délai pour le début des traitements, il peut varier à plus ou moins un mois selon la liste d'attente et l'urgence clinique. Le médecin peut contacter le centre receveur pour une prise en charge plus rapide.

Forces de la région

- ✓ L'accessibilité à des corridors de service avec Montréal et Trois-Rivières favorise le continuum de services.
- ✓ Les délais sont acceptables.
- ✓ Les situations d'urgence sont priorisées.

Faiblesses de la région

- ✓ Il n'y a pas de radiothérapie dans la région (projet déposé au MSSS par l'HDSJ en 1999).
- ✓ Certaines personnes abandonnent leurs traitements en raison de l'éloignement, des frais de déplacement et du manque de support psychologique.

Constats en lien avec les activités de chimiothérapie

Accessibilité

Trois centres hospitaliers de la région, à l'exception du Centre hospitalier Saint-Eustache et du CLSC-Hôpital d'Argenteuil, administrent des traitements de chimiothérapie. L'augmentation de la demande ainsi que la complexité des traitements de chimiothérapie ont un effet direct sur le budget de pharmacie de l'hôpital. Les coûts des médicaments augmentent de façon exponentielle. La charge de travail des pharmaciens et des techniciens est de plus en plus grande. Des activités d'enseignement et de support sont mises de côté à certains endroits à cause du manque de ressources humaines et matérielles.

Il n'y a pas de clinique spécialisée de contrôle de la douleur cancéreuse. Les médecins se consultent mutuellement, selon les besoins.

Certains centres hospitaliers ont un pharmacien impliqué dans l'équipe d'oncologie ou l'équipe des soins palliatifs. Il s'agit d'un intervenant ayant un rôle important dans l'équipe pour le contrôle des effets secondaires des traitements et dans l'enseignement à la personne atteinte d'un cancer.

Partage des coûts des médicaments

Les centres hospitaliers assument les coûts des médicaments administrés à la clientèle hospitalisée et à celle des cliniques externes. Les coûts des médicaments préparés par la pharmacie de l'hôpital pour la clientèle à domicile sont aux frais de celle-ci. Certaines personnes sont hospitalisées pour recevoir leurs traitements ou les reçoivent à la clinique externe du centre hospitalier de manière à éviter de défrayer des coûts onéreux. Une partie d'entre elles pourrait recevoir ses médicaments au CLSC de sa région, mais devrait alors en assumer les coûts.

Main-d'œuvre médicale spécialisée

La pénurie d'oncologues préoccupe les intervenants. Actuellement, un omnipraticien du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle assure le suivi des personnes sous traitement de chimiothérapie en partenariat avec les hémato-oncologues de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

Aux dires des intervenants rencontrés, les personnes atteintes d'un cancer se disent insatisfaites de l'absence de plan de traitement préétabli et de l'incohérence au niveau des approches entre les spécialistes qui se déplacent à tour de rôle dans les centres hospitaliers de la région.

Rétention de la clientèle

La clientèle ciblée ne reçoit pas nécessairement ses traitements dans la région des Laurentides. Advenant une chirurgie préalable à l'amorce des traitements de chimiothérapie dans une autre région, le suivi est

assuré à cet endroit. Conséquemment, cela implique pour la personne de longs déplacements et des frais élevés.

Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs favorisent une rétention hors région. Ils réfèrent la clientèle vers leur région de résidence à la phase préterminale ou terminale de la maladie.

L'équipe de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme encourage l'intégration de l'administration de certains traitements spécialisés en oncologie dans les services de base des CLSC au niveau des cliniques ambulatoires ou à domicile. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est en voie de signer un protocole d'administration de produits sanguins et dérivés pour la clientèle en soins palliatifs, en phase terminale et non ambulante, avec trois CLSC des territoires environnants. L'objectif poursuivi est d'offrir des soins de confort qui permettront une meilleure qualité de vie à la personne atteinte et à sa famille.

Lieux d'administration des traitements

Les lieux d'administration des traitements varient d'un centre à l'autre. Il peut s'agir de la clinique externe ou de l'unité de soins. Une clinique d'hémo-oncologie a été inaugurée à l'automne 2001 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. C'est un endroit bien aéré et bien éclairé où la clientèle dispose d'un espace vital acceptable. Il y a même des pièces fermées pour certaines situations. Les lieux d'administration des traitements des autres établissements sont plutôt exigus, surpeuplés, très étroits et non sécuritaires. Il peut s'agir d'un bureau médical où l'on déplace les meubles pour la journée, d'un espace de rangement surchargé ou d'une installation dans le corridor. La confidentialité n'est pas assurée à cause de la promiscuité des fauteuils. Il y a aussi des risques d'accidents dus à la circulation des visiteurs dans les corridors.

La possibilité de terminer une perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile est accessible et le suivi est assuré par les infirmières des CLSC des territoires.

Forces de la région

- ✓ Des traitements sont accessibles dans trois centres hospitaliers sur cinq.
- ✓ Les nouveaux locaux de la clinique externe d'hémo-oncologie de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offrent un environnement adéquat et agréable pour les personnes recevant des traitements de chimiothérapie.
- ✓ Le suivi de perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile par les infirmières des CLSC de la région est accessible.

Faiblesses de la région

- ✓ Certains lieux physiques où on procède à l'administration des traitements sont inadéquats.
- ✓ Il y a une inadéquation marquée entre la complexité des traitements et les ressources disponibles (humaines, financières et matérielles).
- ✓ La disparité dans le mode de fonctionnement entre les centres hospitaliers et les CLSC s'explique en partie par la répartition budgétaire respective.
- ✓ La clientèle doit parcourir de grandes distances pour accéder à des services, et ce, particulièrement pour la clientèle au nord de la région (+ 250 km vers Montréal).
- ✓ Certains traitements pourraient être administrés dans un lieu autre qu'un centre hospitalier.
- ✓ On observe une iniquité du partage des coûts entre le régime d'assurance médicaments du Québec et les régimes d'assurances collectives privées.

Constats en lien avec les activités adaptation/réadaptation et soutien

Les services d'ergothérapie et de physiothérapie sont restreints dans tous les établissements de la région, autant en centre hospitalier qu'en CLSC, à cause du manque d'effectifs. Les personnes atteintes de cancer sont prioritaires au détriment des autres clientèles. Pour la clientèle hospitalisée, le délai de consultation varie de quelques jours à un mois. Ce sont généralement des interventions à court terme. La clientèle n'a pas accès à des lits de convalescence. Des ressources intermédiaires offrent certains services de base, mais les listes d'attente sont longues, ce qui a pour effet d'augmenter la durée moyenne de séjour en centre hospitalier. Les établissements offrent des services de prêt d'équipements, les frais associés variant d'une région à l'autre.

Les demandes de services d'une nutritionniste sont traitées de façon prioritaire pour les personnes en soins palliatifs dans les CLSC où la ressource est disponible. Cependant, il y a beaucoup de disparité dans le type de services offerts par les nutritionnistes. Les ressources humaines dans le cadre du programme «chèques emploi service» sont manquantes dans certaines régions telles que Thérèse-de-Blainville et Argenteuil. Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les demandes d'aide de soins intensifs de soutien à domicile (ou SISAD) pour les personnes en soins palliatifs. Vers la mi-année financière, le budget SISAD du CLSC Thérèse-de-Blainville est épuisé.

L'accessibilité à des services de soutien psychologique varie d'un établissement à l'autre et est jugée généralement très insuffisante. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme offre les services d'un psychologue dédié aux clientèles de soins palliatifs, quatre jours/semaine, tandis qu'au Centre hospitalier Laurentien, quatre heures/semaine sont offertes. Au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, les services d'une travailleuse sociale sont disponibles à raison de huit heures/semaine.

Les personnes rencontrées lors de la tournée régionale ont fréquemment rapporté le manque de ce type de ressources et les besoins criants pour la clientèle en situation de crise. Globalement, le support psychologique à la clientèle est assumé par chacun des intervenants en relation directe avec celle-ci. Les intervenants déplorent le manque de soutien précoce à l'annonce du diagnostic.

Le service de pastorale du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre de l'Annonciation, est impliqué au niveau du soutien psychologique de la clientèle en soins palliatifs.

Divers organismes communautaires impliqués auprès des personnes atteintes de cancer offrent des services de soutien et d'accompagnement. Les bénévoles du groupe d'entraide Claire-Voie au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, sont disponibles les jours de clinique d'oncologie. Pallia-Vie dans la région de Saint-Jérôme et les environs, Oasis Cancer dans la région de Saint-Jovite et SERCAN dans la région de Saint-Eustache offrent aussi une disponibilité pour des visites à domicile. La Société canadienne du cancer offre également des services de soutien et d'information aux personnes atteintes et à leurs proches.

Dans la région de Sainte-Agathe, le soutien psychologique pour les intervenants du CLSC des Trois-Vallées, oeuvrant auprès de la clientèle en soins palliatifs, vient des pairs principalement et de l'équipe interdisciplinaire. Il n'y a pas d'activité structurée de soutien. Dans le cadre d'un projet-pilote financé par la municipalité, cette dernière offre à ces intervenants les services de soutien d'un psychologue à raison d'une demi-journée par trois semaines.

Lors de la visite d'évaluation en soins palliatifs, les intervenants du CLSC des Pays-d'en-Haut assurent conjointement la première visite de l'infirmière et de l'agente en relations humaines.

Transport

Lorsqu'une personne hospitalisée doit subir un examen quelconque à l'extérieur de l'établissement, les frais de transport sont assumés par l'établissement. Par contre, certains établissements n'appliquent pas la politique de remboursement du ministère lorsque la personne est transportée par un membre de sa famille.

Quelques ressources communautaires offrent des services de transport par des bénévoles, mais ceux-ci demeurent très coûteux pour la clientèle qui doit les utiliser sur une base régulière. L'accessibilité et les coûts varient d'une région à l'autre.

Forces de la région

- ✓ Il y a quelques ressources en psychologie en centre hospitalier.
- ✓ L'aide à domicile pour les personnes atteintes de cancer ou en soins palliatifs est prioritaire en CLSC, avec un délai de moins d'une semaine.
- ✓ Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les services intensifs de soutien à domicile.
- ✓ Divers organismes de soutien à but non lucratif ont été mis en place et sont impliqués au niveau de l'accompagnement.

Faiblesses de la région

- ✓ Absence de soutien psychologique lors de l'annonce du diagnostic.
- ✓ Absence de mécanisme de référence précoce pour soutien à la personne atteinte.
- ✓ Iniquité dans les mécanismes de prêts d'équipements dans la région et variabilité des coûts.
- ✓ Iniquité dans les services de soutien offerts dans la région tels que disponibilité de nutritionnistes, aide à domicile, soutien psychosocial.
- ✓ Pas de mécanisme formel de soutien pour le personnel soignant.
- ✓ Iniquité dans la disponibilité des ressources humaines dans le cadre du programme chèque emploi services dans la région.
- ✓ Ressources professionnelles insuffisantes : structure de postes à temps partiel.
- ✓ Augmentation des délais d'accessibilité pour les autres types de clientèles.
- ✓ Atteinte du budget de services intensifs de soutien à domicile avant la fin de l'année financière (mi-année pour le CLSC Thérèse-de-Blainville).
- ✓ Pas de lit de convalescence dans la région : l'utilisation des lits en ressources intermédiaires implique que la personne ne doit pas nécessiter de soins physiques et qu'il y a une longue liste d'attente. Par conséquent, la personne reste hospitalisée et la durée moyenne de séjour augmente.

Constats en lien avec les activités de mécanismes de liaison (CH-CLSC-Cabinets privés)

Les établissements ne disposent pas d'intervenant pivot en oncologie. Les références entre les centres hospitaliers et les CLSC sont complétées par les infirmières de liaison. Celles-ci sont présentes sur semaine seulement. Au niveau des CLSC, les références sont acheminées vers l'accueil du soutien à domicile sur semaine et vers l'Info-Santé en soirée et fin de semaine. Ainsi, toute liaison est possible 24 heures sur 24 en CLSC. Les centres hospitaliers affirment ne pas connaître exactement l'offre de service

de base accessible dans les CLSC. La plupart des demandes sont acheminées par télécopieur, suivies d'une confirmation téléphonique. La lisibilité des documents est souvent de mauvaise qualité. Les mécanismes de liaison entre les établissements de la région sont mieux harmonisés qu'avec les établissements de l'extérieur. Il n'y a pas de mécanisme de liaison avec les cabinets privés.

Forces de la région

- ✓ Les demandes de prise en charge par les CLSC sont traitées quotidiennement.
- ✓ Au Centre hospitalier Laurentien, des mécanismes de liaisons CH-CLSC prévoient la planification du congé par l'évaluation des besoins avant le départ de l'hôpital, incluant une rencontre de l'intervenant du CLSC pour la prise en charge.
- ✓ Le CLSC des Pays-d'en-Haut réactive sa présence au comité de liaison avec l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme de manière à harmoniser et améliorer les mécanismes de liaison en place.
- ✓ Des moyens d'harmonisation sont en place pour améliorer les mécanismes de liaison.

Faiblesses de la région

- ✓ Il n'y a pas d'intervenant pivot pour assurer les mécanismes de référence entre les différents partenaires.
- ✓ Le mode de référence (télécopieur et téléphone) exige beaucoup de procédures.
- ✓ Il est très difficile de rejoindre le médecin traitant (soir, nuit et fin de semaine).
- ✓ La pénurie de médecin pour une prise en charge de la clientèle est inquiétante.
- ✓ Il existe plusieurs iniquités quant à l'approvisionnement des fournitures médicales.

Constats en lien avec les activités de soins palliatifs

Tous les centres hospitaliers et les CLSC de la région offrent des soins palliatifs. Il y a quatorze lits réservés à cette clientèle répartis ainsi : quatre lits au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, et deux au Centre l'Annonciation, quatre lits au CLSC-Hôpital d'Argenteuil ainsi que quatre lits à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Deux centres ont aménagé un espace de style «milieu de vie». Pour les autres, on tente de rapatrier la clientèle sur une même unité de soins. Certains ont une équipe interdisciplinaire spécialisée et une organisation structurée avec une philosophie «soins palliatifs» telle que reconnue par l'Association québécoise de soins palliatifs. Les ressources professionnelles, tant au niveau des soins infirmiers, du soutien psychologique que d'aide sont insuffisantes.

Six lits sont disponibles dans les centres hospitaliers de soins de longue durée pour hébergement temporaire soit moins de 30 jours. Certains secteurs de la région peuvent bénéficier de l'implication d'organismes communautaires pour l'accompagnement et le soutien psychologique à domicile. Il y a un manque d'effectifs médicaux pour assurer les suivis en soins palliatifs à l'extérieur du centre hospitalier, s'ajoute à cela l'absence de mécanisme de liaison avec le médecin traitant. En conséquence, la personne est référée à l'urgence lors des situations d'inconfort, ce qui a un impact direct sur la durée moyenne de séjour.

Le Centre hospitalier Laurentien est le seul des cinq centres hospitaliers à avoir une infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs. Les autres centres hospitaliers ont dédié une infirmière plus spécifiquement à cette clientèle. Cette infirmière apporte un soutien important dans la continuité des services.

Les intervenants remarquent une certaine augmentation de la volonté de mourir à domicile, mais l'intensité de soins demandés aux aidants naturels pour supporter la personne malade fait échec à ce désir. Il existe une iniquité dans les services offerts d'une région à l'autre. Il y a un système de garde 24 heures/7 jours semaine en soins infirmiers dans tous les CLSC. La garde médicale est, quant à elle, inégale d'un CLSC à l'autre et parfois inexistante. Les mécanismes de suivi de deuil dans les établissements sont informels.

Un projet de maison de soins palliatifs a été présenté par un organisme communautaire en mai 2001 dans la région de Saint-Jérôme. Un autre projet de développement de maison de soins palliatifs rattaché à un centre d'hébergement de soins de longue durée a été déposé à la Régie régionale en janvier 2002.

Différentes stratégies ont été mises en place pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux narcotiques. Deux CLSC ont des trousses d'urgence entreposées au CHSLD de sa région. Des liens avec certaines pharmacies communautaires ont été mis en place pour une disponibilité minimale de narcotiques. La pharmacie de certains centres hospitaliers peut dépanner le médecin de garde en cas d'urgence.

Les intervenants du réseau se disent épuisés et insistent sur le fait que des ressources doivent être ajoutées en soins palliatifs.

Forces de la région

- ✓ Les médecins et le personnel soignant impliqués ont un souci et un intérêt marqué pour le bien-être des personnes. Plusieurs initiatives sont faites au sein des établissements pour améliorer la qualité du suivi des personnes en soins palliatifs.
- ✓ Des activités de formation continue en soins palliatifs sont offertes au niveau régional sous forme de souper-conférence pour les médecins. Des activités ponctuelles de formation médicale continue sont aussi offertes par l'équipe médicale en place.
- ✓ Un projet a été mis sur pied pour maximiser l'expertise clinique d'infirmières ressources en soins palliatifs pour l'ensemble des CLSC de la région. Ce comité régional d'infirmières de CLSC a aussi pour mission d'harmoniser les outils de soins et favoriser le contact interétablissements.
- ✓ Certains établissements offrent de la formation continue pour le personnel de soutien (auxiliaires familiales, bénévoles).
- ✓ La région bénéficie de quelques organismes bénévoles bien structurés.
- ✓ Le CHSLD Drapeau-Deschambault, du bassin sud de la région, démontre un intérêt à développer des services d'hébergement en soins palliatifs.

Faiblesses de la région

- ✓ Il y a un manque d'effectifs médicaux pour assurer les suivis en soins palliatifs au niveau des cabinets privés.
- ✓ La région fait face à des problématiques importantes pour assurer la garde médicale.
- ✓ Il y a des iniquités dans le suivi médical à domicile. Certains médecins sélectionnent les personnes qu'ils acceptent de suivre en soins palliatifs car il est impossible de répondre à la demande.
- ✓ La durée moyenne de séjour est en lien direct avec la capacité de prise en charge médicale hors centre hospitalier.
- ✓ Il y a une méconnaissance des services disponibles en CLSC.
- ✓ Les CLSC n'ont pas d'équipe interdisciplinaire formelle en soins palliatifs.
- ✓ On fait face à des difficultés d'accès aux narcotiques lorsque le besoin est immédiat.

Que dit l'Association québécoise de soins palliatifs sur la région des Laurentides⁹⁰

Dans le cadre de ses travaux, l'Association québécoise de soins palliatifs a effectué une tournée régionale afin de recueillir l'opinion des intervenantes et des intervenants impliqués du Québec. Voici la liste des forces et des faiblesses qui furent mentionnées lors de leur visite dans la région des Laurentides.

Forces de la région

- ✓ Liens hôpital-CLSC.
- ✓ Collaboration hôpital-CHSLD.
- ✓ Certains médecins vont à domicile.
- ✓ Organismes communautaires : concertation, interdisciplinarité, éducation populaire.
- ✓ Fort désir d'humanisation des soins, demeurer centré sur la personne malade.
- ✓ Conscience des responsabilités individuelles et collectives.
- ✓ Services aux endeuillés.
- ✓ Existence d'unités de soins palliatifs structurées et d'équipes multidisciplinaires.
- ✓ Les soins palliatifs font partie du plan de la Régie régionale mais ont été mis de côté, faute de ressources.

Faiblesses de la région

- ✓ Inégalité et difficulté dans l'accessibilité aux soins palliatifs.
- ✓ Manque de ressources humaines, matérielles et financières.
- ✓ Manque de clarté au niveau de la définition des soins palliatifs.
- ✓ Manque de support à la famille et aux intervenants.
- ✓ Échange d'information et concertation au niveau régional déficient.
- ✓ Manque de formation à tous les niveaux (établissements, organismes communautaires, population).
- ✓ Condition de travail déficiente.
- ✓ Mauvaise organisation des soins à domicile.
- ✓ Les bénévoles sont très sollicités, en conséquence leur mandat s'élargit.
- ✓ Pas de politique de gestion des médicaments.
- ✓ Plusieurs médecins ne savent pas contrôler la douleur et les symptômes.
- ✓ Manque d'accompagnement au niveau spirituel à domicile.
- ✓ Population pauvre.
- ✓ Manque de moyen en CLSC.
- ✓ Manque de support aux intervenants.
- ✓ Médicaments et équipements pas disponibles gratuitement pour tout le monde en besoin.
- ✓ Mauvais financement des organismes communautaires.
- ✓ Services répit, gardiennage, dépannage 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 déficients.
- ✓ Manque de médecin, donc peu de médecins vont à domicile ou sont impliqués en soins palliatifs.

⁹⁰ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SOINS PALLIATIFS, *Le citoyen : une personne du début... à la fin de sa vie, Profil régional 15 Laurentides*, Rapport Lambert, Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec, 2000.

La création du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) : hiver 2003

Moins d'un an après le dépôt de l'État de situation pour la région des Laurentides, soit en janvier 2003, le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides communément appelé CLCL fut constitué. Tel que recommandé par le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) son mandat est le suivant :

- avoir un rôle consultatif auprès de la présidente-directrice générale et du conseil d'administration de l'Agence;
- proposer à l'agence un plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides à partir des orientations du programme québécois et des spécificités de la région ;
- fournir un éclairage sur les aspects cliniques et organisationnels dans la définition et la mise en place du programme;
- conseiller l'Agence dans le suivi du programme;
- offrir à l'Agence des avis d'expertise en oncologie sur diverses matières jugées pertinentes, que ce soit à la demande de l'Agence ou de sa propre initiative;
- proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes;
- proposer des modalités pour une utilisation concertée des ressources du milieu, des ressources bénévoles et communautaires;
- recommander des moyens de diffusion du plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides auprès de la population de la région;
- proposer des mesures de résultats.

La nomination des membres du CLCL est faite par la présidente-directrice générale de l'Agence suite à un appel de candidatures auprès des établissements des Laurentides concernés par la lutte contre le cancer. Chaque membre est nommé pour une période de deux ans. La composition 2003-2005 du CLCL est la suivante :

Mme Diane Angers
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

M. Serge Aubertin, M. Serge
Citoyen, Proche d'une personne atteinte de cancer

Dr Claude De Bellefeuille
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Mme Marie-Claude Gadbois
CLSC Arthur-Buies

M. Stéphane Gagnon
Établissement de Santé d'Argenteuil

Mme Ginette Lanctôt
Personne atteinte de cancer impliquée à SERCAN

Mme Francine Laperrière
CH-CLSC-CHSLD des Sommets

Mmes Nicole Laverdière et Francine Jolicoeur
Pallia-Vie

Dr Bernard Lespérance ou Dr Germain Trempe
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal / Centre hospitalier Saint-Eustache / CH et CR Antoine-Labelle

Mme Sylvie Martel
CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville

Mme Marie Patenaude
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Mme Céline Piché *Intérim Dre Mylène Drouin (congé de maternité)*
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Mme Paule Racine
Société canadienne du cancer

Mmes France Ratelle et Odile Deshaies
CH et CR Antoine-Labelle

Dre Johanne Richard
Centre Hospitalier Saint-Eustache

Mme Isabelle Trépanier
Responsable du Programme québécois de lutte contre le cancer, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

Mme Manon Trépanier
CLSC Arthur-Buies

La création de l'Équipe régionale d'intervention auprès de la population (ÉRIP) : à consolider

Le PQLC recommandait également la mise sur pied d'une Équipe régionale d'intervention auprès de la population dont le mandat consisterait à :

- instaurer, coordonner et suivre les activités de prévention et de dépistage systématique selon le Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides;
- intégrer et maintenir les activités en rapport avec les préoccupations de la population au sein du réseau régional de lutte contre le cancer;
- diffuser l'information pertinente auprès de la population et des intervenants;
- offrir une expertise pour des consultations en matière d'intervention auprès de la population;
- offrir une expertise en matière de surveillance et de suivi et une disponibilité de cette expertise pour les travaux de planification, d'implantation et de suivi du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides.

Cette équipe sera pour les Laurentides un acteur primordial dans le processus dynamique d'amélioration de la qualité des activités et des services du réseau de lutte contre le cancer. Les membres de l'équipe contribueront à l'interprétation des données et à l'intégration des nouvelles connaissances.

Tel que proposé par le PQLC la composition de l'ÉRIP serait la suivante :

- Les intervenants provenant des établissements, de l'Agence, des organismes communautaires et de diverses disciplines : sciences de la santé, santé publique, sciences sociales, épidémiologie.

L'ampleur de l'équipe variera en fonction de la taille et de la densité de la population de la région concernée. L'Agence envisage la création de l'ÉRIP avant la fin de l'année financière 2004-2005.

Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie dans les établissements : printemps 2003

Suite au dépôt de l'état de situation de la lutte contre le cancer dans la région des Laurentides à l'hiver 2002, la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières en collaboration avec un comité de travail du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides, a élaboré, au printemps 2003, un *Questionnaire sur l'organisation de travail en oncologie* (vous trouverez à l'annexe I A un exemplaire de ce questionnaire). L'objectif de cette consultation était d'aller plus loin que l'état de situation et de recueillir des renseignements quant à l'accessibilité à une consultation avec un spécialiste, la présence d'équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire⁹¹ en oncologie, la présence d'un intervenant pivot⁹², les partenariats intra et interétablissements (CH-OSBL⁹³-CLSC-CHSLD), l'offre de soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic, l'implication des proches, la transmission de l'information aux médecins de famille et les soins et services en phase palliative. Ce questionnaire a été distribué à l'été 2003 à tous les centres hospitaliers, CLSC et CHSLD de la région. Le taux de réponse fut excellent avec 85 % de taux de réponse. Nous vous présentons par type d'établissement la compilation des résultats obtenus.

Les CLSC

- ❖ Seul 1 CLSC, Jean-Olivier-Chénier, possède une équipe multidisciplinaire en oncologie.
- ❖ Tous les CLSC ont une équipe de maintien à domicile composée pour la majorité des intervenants suivants :
 - infirmière;
 - omnipraticien;
 - travailleur social;
 - nutritionniste;
 - ergothérapeute;
 - physiothérapeute;
 - inhalothérapeute;
 - auxiliaire familiale;
 - chef de programme.

⁹¹ Afin d'éviter toute confusion quant à la signification des termes chez les répondants du questionnaire, nous avons défini l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité de la manière suivante. L'interdisciplinarité est un véritable travail d'équipe effectué en étroite collaboration où chacun des membres a un rôle dans le continuum des soins, et ce, sans duplication avec les autres intervenants de l'équipe. Les membres de l'équipe parviennent à une vue d'ensemble leur permettant de planifier, de déterminer les priorités et de décider en commun des objectifs et des interventions. Chacun prépare son plan d'intervention mais on s'entend en équipe pour une action concertée et coordonnée. Dans une équipe interdisciplinaire, le porte-parole pourrait être l'intervenant pivot. La multidisciplinarité reflète le fait que chaque professionnel accomplit sa tâche de manière indépendante. Chaque personne représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et assure le suivi. Dans une rencontre multidisciplinaire, chaque professionnel transmet l'information propre à sa discipline.

⁹² Pour les fins du questionnaire, l'intervenant pivot était défini comme une personne qui agit à titre de ressource facilement accessible pour la personne atteinte de cancer et ses proches, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Ce type d'intervenant offre soutien et information, de plus il assure la continuité et la coordination des soins.

⁹³ Organisme sans but lucratif.

- ❖ Plus de la moitié des CLSC nous ont indiqué que ces intervenants possèdent une expertise ciblée pour intervenir en oncologie ou en soins palliatifs.
- ❖ Les rencontres de cette équipe ont généralement lieu à toutes les semaines et visent la révision des cas litigieux ou la réorganisation du travail. Seul 1 CLSC révise tous les cas. L'équipe intervient à diverses phases du continuum cancer, le plus souvent lorsque les traitements de chimiothérapie débutent.
- ❖ Tous les CLSC des Laurentides sont impliqués dans les cas de cancer.
- ❖ Les services offerts par les CLSC sont variés :
 - services médicaux;
 - soins infirmiers;
 - répit/gardiennage;
 - soins d'hygiène;
 - préparation des repas;
 - ménage/lessive;
 - approvisionnement;
 - documentation;
 - prêt d'équipement;
 - traitement à domicile.
- ❖ Le nombre moyen de jours afin d'obtenir les principaux services est :
 - 2 jours et moins pour les soins infirmiers;
 - 3 jours et plus pour les services à domicile;
 - 4 jours et plus pour les soins médicaux;
 - 5 jours et plus pour les services psychosociaux;
 - 6 jours et plus pour les soins de réadaptation.
- ❖ Seulement 2 CLSC (Hautes-Laurentides et Trois-Vallées) ont une trousse d'urgence pour le soulagement de la douleur.
- ❖ Tous les territoires de CLSC impliquent les OSBL de leur secteur davantage pour la période palliative et pour le suivi, que lors des traitements. Pourtant, selon les CLSC, les services offerts par les OSBL sont fort diversifiés et pourraient donc être offerts dès l'annonce du diagnostic aux personnes atteintes de cancer.
- ❖ Les références aux OSBL s'effectuent principalement par téléphone.
- ❖ D'après les CLSC, les médecins de famille reçoivent l'information pertinente lors des traitements ou après l'arrêt de ceux-ci.
- ❖ En cas de complication, les personnes peuvent communiquer avec l'infirmière d'Info-Santé dans la plupart des CLSC.
- ❖ Seul 1 CLSC (Arthur-Buies) n'a pas les services d'une intervenante pivot, mandat généralement rempli par une infirmière ou par un travailleur social.
- ❖ Tous les CLSC procèdent à une évaluation de la personne atteinte par l'entremise de la grille multiclientèle.
- ❖ Les CLSC remettent souvent de l'information écrite à la personne atteinte de cancer. Toutefois, le soutien n'est pas systématiquement offert par une infirmière, un médecin ou un travailleur social à la personne lors de l'annonce de son diagnostic.
- ❖ Les proches sont d'emblée impliqués dans le soutien.

- ❖ On remet aux personnes atteintes de cancer de l'information qui provient de divers organismes. On réfère aussi, dans presque tous les cas, les personnes à des ressources de leur communauté.
- ❖ Plusieurs types de professionnels sont disponibles dans les CLSC :

- travailleur social;
- physiothérapeute;
- nutritionniste;
- inhalothérapeute;
- ergothérapeute.

- ❖ C'est une minorité de CLSC qui offre un soutien spirituel ou religieux.
- ❖ Pour l'aide au transport on fait appel aux OSBL sans entente formelle.
- ❖ Tous les CLSC offrent du soutien en phase palliative et ont tous, à l'exception du CLSC Hautes-Laurentides, une équipe interdisciplinaire en phase palliative composée des intervenants suivants :

régulier

- infirmière;
- intervenant pivot;
- travailleur social;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- bénévole.

ponctuel

- omnipraticien;
- pharmacien;
- inhalothérapeute;
- agent de pastorale;
- nutritionniste;
- agent de liaison;
- intervenant CLSC;
- intervenant CHSLD;
- intervenant OSBL.

- ❖ Uniquement les équipes de soins palliatifs des CLSC Arthur-Buies et Thérèse-de-Blainville sont consultées pour le soulagement de la douleur.
- ❖ Autre que le centre hospitalier, les résidences privées, les CHSLD et les ressources intermédiaires offrent de l'hébergement temporaire ou de soins palliatifs.
- ❖ Presque tous les CLSC offrent du soutien en période de deuil, sauf le CLSC Jean-Olivier-Chénier.
- ❖ Tous ont une garde clinique 24/7 effectuée par une infirmière (tous) ou un médecin (dans la moitié des cas).
- ❖ Les CLSC Argenteuil, Hautes-Laurentides et Thérèse-de-Blainville ne proposent pas d'activités de formation à leurs intervenants, mais souhaitent cependant en développer.
- ❖ Les CLSC utilisent des guides de pratique sur le soulagement de la douleur (tous), la gestion des symptômes (4) et les protocoles de chimiothérapie (3).

Les CHSLD

- ❖ Seul 1 CHSLD (Thérèse-de-Blainville) a une équipe interdisciplinaire en oncologie. Cette équipe possède une expertise en oncologie ou en soins palliatifs, se réunit mensuellement et intervient dès le début des traitements de chimiothérapie.
- ❖ La majorité des CHSLD implique les OSBL de leur territoire lors des phases de soins palliatifs et de suivi de deuil. Les références à ces organismes se font généralement par téléphone.
- ❖ D'après les répondants, les médecins de famille reçoivent l'information sur leurs patients au moment des traitements ou après l'arrêt de ceux-ci.
- ❖ Les CHSLD hébergent souvent des personnes en fin de vie, donc s'il y a des complications, elles sont traitées sur place.
- ❖ Les CHSLD Trois-Vallées et Thérèse-de-Blainville ont les services d'une intervenante pivot assumés par une infirmière ou un travailleur social.
- ❖ La plupart des infirmières ou des médecins des CHSLD évaluent chaque personne quant à ses besoins et effectuent les liens nécessaires avec les autres intervenants de l'établissement.
- ❖ Très peu de CHSLD fournissent de l'information à toutes les personnes atteintes de cancer.
- ❖ Selon les CHSLD, le soutien est offert dès l'annonce du diagnostic, soit par les infirmières, les médecins, les psychologues, les agents de pastorale ou les travailleurs sociaux.
- ❖ Les proches sont généralement inclus dans le soutien.
- ❖ Étant donné qu'elles sont hébergées, les personnes ne sont référées que parfois aux groupes communautaires de leur territoire.
- ❖ Divers types d'intervenants sont disponibles pour une consultation :
 - psychologue;
 - pharmacien;
 - travailleur social;
 - physiothérapeute;
 - nutritionniste;
 - ergothérapeute.
- ❖ Tous les CHSLD offrent aux personnes un soutien spirituel ou religieux.
- ❖ Seul 1 CHSLD (Thérèse-de-Blainville) dispose de lits de soins palliatifs, un autre établissement a toutefois un projet en cours (Trois-Vallées).
- ❖ L'ensemble des CHSLD fournissent un soutien en période palliative et la grande majorité possède une équipe interdisciplinaire en phase palliative. Celle-ci est composée des membres suivants :

Régulier

- infirmière;
- omnipraticien;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- int. CHSLD;
- agent de pastorale;
- nutritionniste.

Ponctuel

- pharmacien;
 - psychologue;
 - travailleur social;
 - bénévole.
-
- ❖ Autre que le centre hospitalier, les services d'hébergement temporaire ou de soins palliatifs sont assurés par les CHSLD ou les ressources intermédiaires.
 - ❖ Généralement, un soutien est disponible en période de deuil.
 - ❖ Une garde clinique est accessible 24/7 par l'entremise d'infirmière ou de médecin, à l'exception un oncologue, un pharmacien ou un inhalothérapeute est disponible.
 - ❖ Plus de la moitié des CHSLD organisent des activités de formation à leurs intervenants, le plus souvent annuellement. Presque tous aimeraient cependant en développer davantage.
 - ❖ Aucun intervenant ne participe à des activités de recherche clinique.
 - ❖ Presque tous les intervenants utilisent des guides de pratique, principalement pour le soulagement de la douleur et la gestion des symptômes.

Les centres hospitaliers

- ❖ En majorité, l'accès à un spécialiste se fait dans les 2 semaines.
- ❖ Seul l'Établissement de santé Argenteuil n'a pas de clinique externe d'hémo-oncologie.
- ❖ Leur disponibilité est variable allant de 5 jours pour l'HDSJ⁹⁴ à 1 jour pour le CHSE.
- ❖ Uniquement l'HDSJ possède une unité d'hémo-oncologie disponible 7 jours semaine.
- ❖ À l'exception du Chet CR Antoine-Labelle⁹⁵ Centre Annonciation, il y a partout des chirurgiens opérant des cas de cancer. Leur nombre varie de 3 à 5 et plus.
- ❖ Il n'y a que 2 centres hospitaliers, Ch et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation et HDSJ, qui comptent sur les services d'une équipe interdisciplinaire en oncologie établie depuis plus de 5 ans. Cependant seul l'HDSJ a les services d'une infirmière pivot.
- ❖ La composition des équipes interdisciplinaires se répartit de la manière suivante :

régulier

- infirmière;
- oncologue;
- pharmacien;
- psychologue – travailleur social;
- agent de pastorale;
- nutritionniste.

⁹⁴ Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

⁹⁵ Centre hospitalier et centre de réadaptation.

ponctuel

- agent de liaison;
 - travailleur social;
 - ergothérapeute;
 - physiothérapeute;
 - OSBL;
 - agent de pastorale;
 - nutritionniste;
 - inhalothérapeute;
 - CLSC.
- ❖ Tous les territoires des centres hospitaliers ont une équipe de soins à domicile en CLSC composée comme suit :
- infirmière;
 - omnipraticien;
 - travailleur social;
 - ergothérapeute;
 - physiothérapeute;
 - inhalothérapeute;
 - chef de programme.
- ❖ Ces intervenants possèdent, pour la majorité des CLSC, une expertise en oncologie ou en soins palliatifs.
- ❖ Généralement, ces équipes se rencontrent toutes les semaines afin de réviser tous les cas ou encore les cas litigieux.
- ❖ Lors de l'annonce du diagnostic, un proche accompagne généralement la personne dans le cabinet du médecin.
- ❖ Les CLSC sont impliqués dans les cas de cancer aux étapes suivantes :
- traitement;
 - suivi;
 - soins palliatifs;
 - suivi de deuil.
- ❖ Selon le niveau de connaissance des centres hospitaliers, les CLSC offrent les services suivants :
- services médicaux 24/7;
 - soins infirmiers 24/7;
 - répit/gardiennage;
 - soins d'hygiène ;
 - préparation des repas ;
 - soutien individuel ;
 - documentation/information;
 - prêt d'équipement;
 - traitement à domicile ;

- ❖ Les soins infirmiers sont disponibles rapidement soit en dedans de 2 jours alors que les services médicaux, psychosociaux, de réadaptation et de soutien à domicile le sont dans la même semaine.
- ❖ Malheureusement, une minorité de CLSC possède une trousse d'urgence pour le soulagement de la douleur.
- ❖ Règle générale, les groupes communautaires du territoire sont impliqués dans les phases de traitement, de suivi et de soins palliatifs. Cependant, leurs services ne sont pas connus en détail de la part des intervenants des centres hospitaliers.
- ❖ Les modes de référence pour les OSBL sont variés, télécopieur, téléphone ou présence de l'organisme dans l'établissement.
- ❖ Étonnamment, tous les centres hospitaliers ont répondu que les médecins de famille recevaient de l'information sur leurs patients en cours de traitement et à la fin de ceux-ci.
- ❖ En cas de complication, les personnes atteintes de cancer peuvent accéder à divers services autre que via l'urgence.
- ❖ Dans l'ensemble, on procède à une évaluation de la personne lors de son admission.
- ❖ Fait surprenant, seuls 2 établissements remettent de l'information à la personne atteinte de cancer.
- ❖ Un soutien systématique est offert dans 3 centres hospitaliers et parfois dans 2. Plusieurs types d'intervenants participent à l'offre de soutien.
- ❖ Les proches sont également inclus dans le soutien et de l'information est remise dont la provenance est variée (info maison, Société canadienne du cancer, Fondation québécoise du cancer).
- ❖ Les intervenants n'hésitent pas à référer les personnes aux groupes communautaires.
- ❖ À l'exception du CH et CR Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier où seul le travailleur social est accessible pour une consultation, les autres centres hospitaliers mettent à la disposition des personnes une variété de spécialistes :
 - psychologue;
 - pharmacien;
 - travailleur social;
 - physiothérapeute;
 - nutritionniste;
 - inhalothérapeute;
 - ergothérapeute.
- ❖ Plus que la majorité des établissements offrent un soutien spirituel ou religieux à la personne atteinte ou à ses proches.
- ❖ À l'exception du CH et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation qui fonctionne par corridors formels pour obtenir des traitements spécialisés, les autres établissements le font par l'entremise de corridors de service informels.
- ❖ Trois établissements offrent le 1er traitement de chimiothérapie dans les 5 jours suivants l'annonce du diagnostic, soit le CHL⁹⁶, l'HDSJ et le CH et CR Antoine-Labelle Centre Annonciation, ou dans les 10 jours ou plus soit au CHSE⁹⁷ et au CH et CR Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier.
- ❖ L'aide au transport s'organise généralement avec les OSBL du territoire.

⁹⁶ Centre hospitalier Laurentien.

⁹⁷ Centre hospitalier Saint-Eustache.

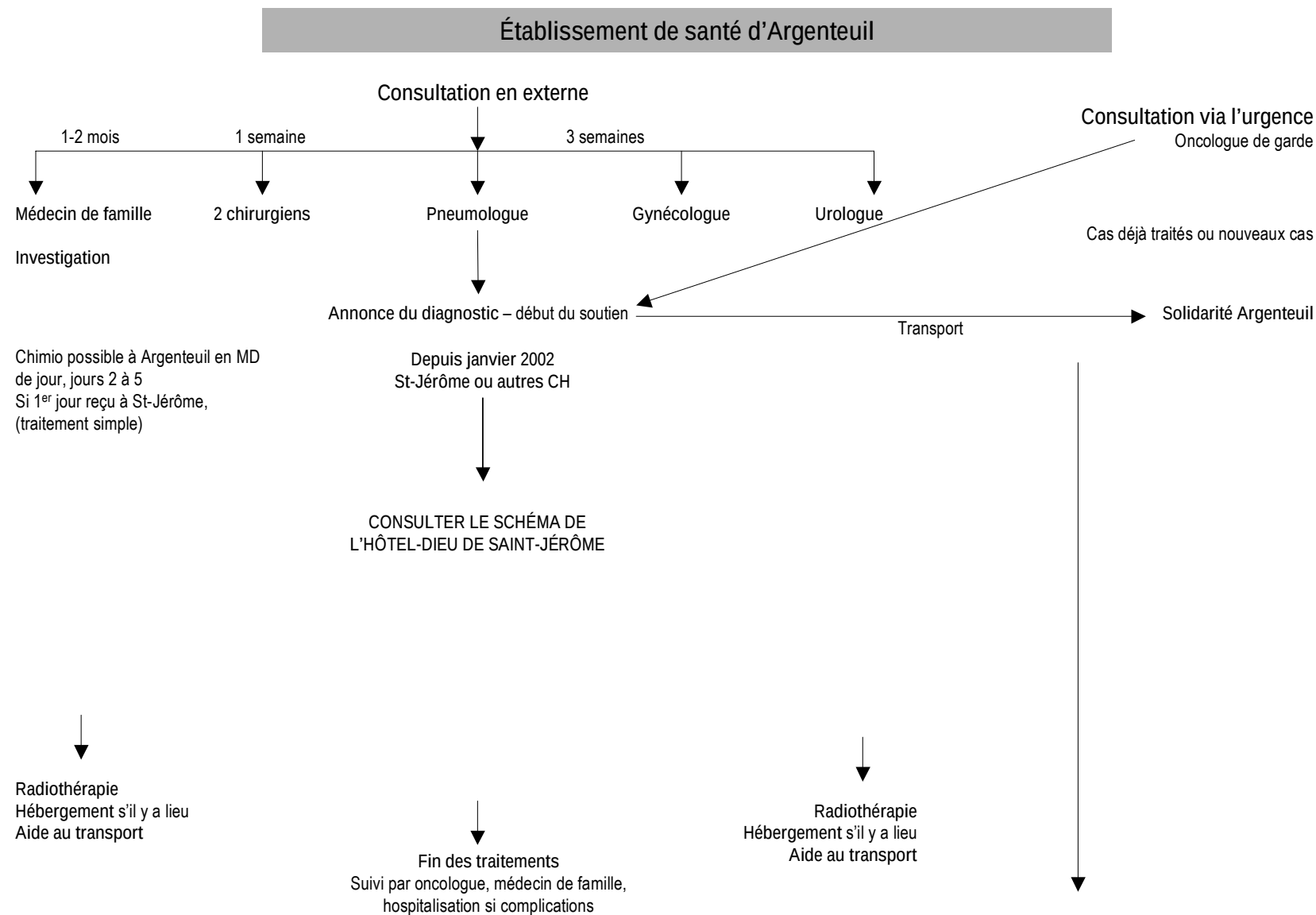
- ❖ Le suivi post-traitement s'effectue pour les centres hospitaliers de deux manières soit par l'oncologue pour une durée limitée ou par l'oncologue pour une durée limitée avec transfert par la suite au médecin de famille.
- ❖ Sauf au CHSE, tous les autres établissements possèdent des lits dédiés aux soins palliatifs, offrent le soutien approprié lors de cette période et fonctionnent par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs.
- ❖ À part l'HDSJ et le CHL qui le font quelques fois, aucune autre équipe en oncologie ne consulte l'équipe de soins palliatifs pour des questions liées au soulagement de la douleur.
- ❖ Les centres hospitaliers ont identifié en majorité les CHSLD comme autre ressource pouvant offrir des services d'hébergement en phase palliative.
- ❖ Malheureusement, un soutien en période de deuil n'est offert que par 2 centres hospitaliers.
- ❖ Règle générale, une garde clinique 24\7 (médecin ou infirmière) est disponible en phase thérapeutique ou palliative.
- ❖ Étonnamment, la très grande majorité des centres hospitaliers n'offre pas de formation en oncologie à ses intervenants. Cependant, ils souhaitent tous en développer ou en avoir à leur disposition.
- ❖ Aucun intervenant des hôpitaux ne participe à de la recherche clinique.
- ❖ La grande majorité des centres hospitaliers utilise des guides de pratique, soit pour les protocoles de chimiothérapie (4), le soulagement de la douleur (4), la gestion des symptômes (3) et les procédures chirurgicales (1).

La présence d'équipes interdisciplinaires dans les Laurentides

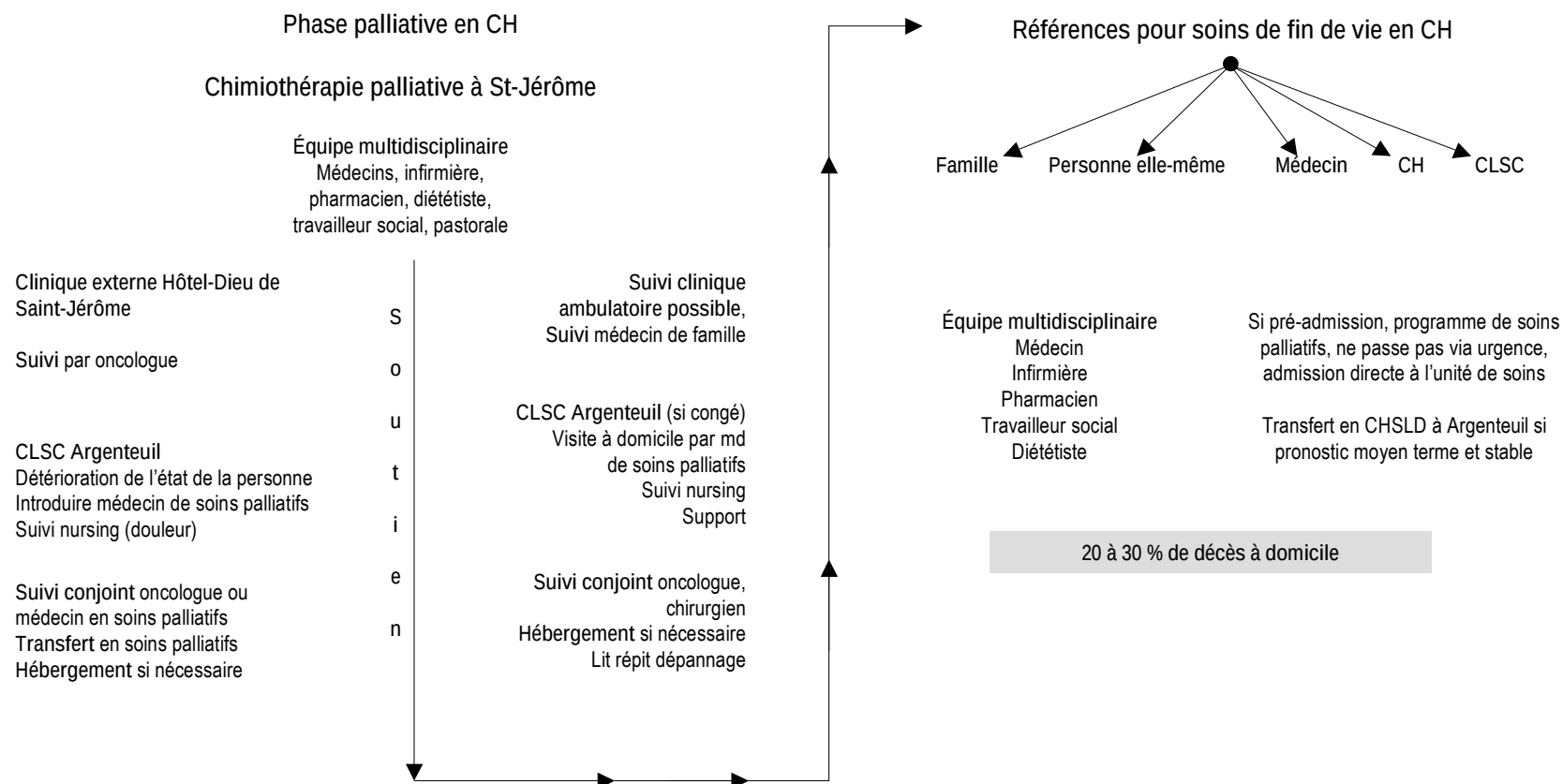
Comme on peut le constater, parmi les répondants au questionnaire, c'est la minorité des établissements de la région, soit 2 sur 5 pour les centres hospitaliers, 1 sur 4 pour les CHSLD et 0 sur 7 pour les CLSC, qui fonctionnent par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire en oncologie. Uniquement un centre hospitalier compte sur les services d'une infirmière pivot en oncologie, et ce, depuis environ 2 ans. Par contre, la présence d'un intervenant pivot (6 CLSC sur 7, 2 CHSLD sur 4, 1 CH sur 5) et d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs (6 CLSC sur 7, 3 CHSLD sur 4 et 3 CH sur 5) est beaucoup plus répandue.

La trajectoire des personnes atteintes de cancer dans les Laurentides : automne 2003

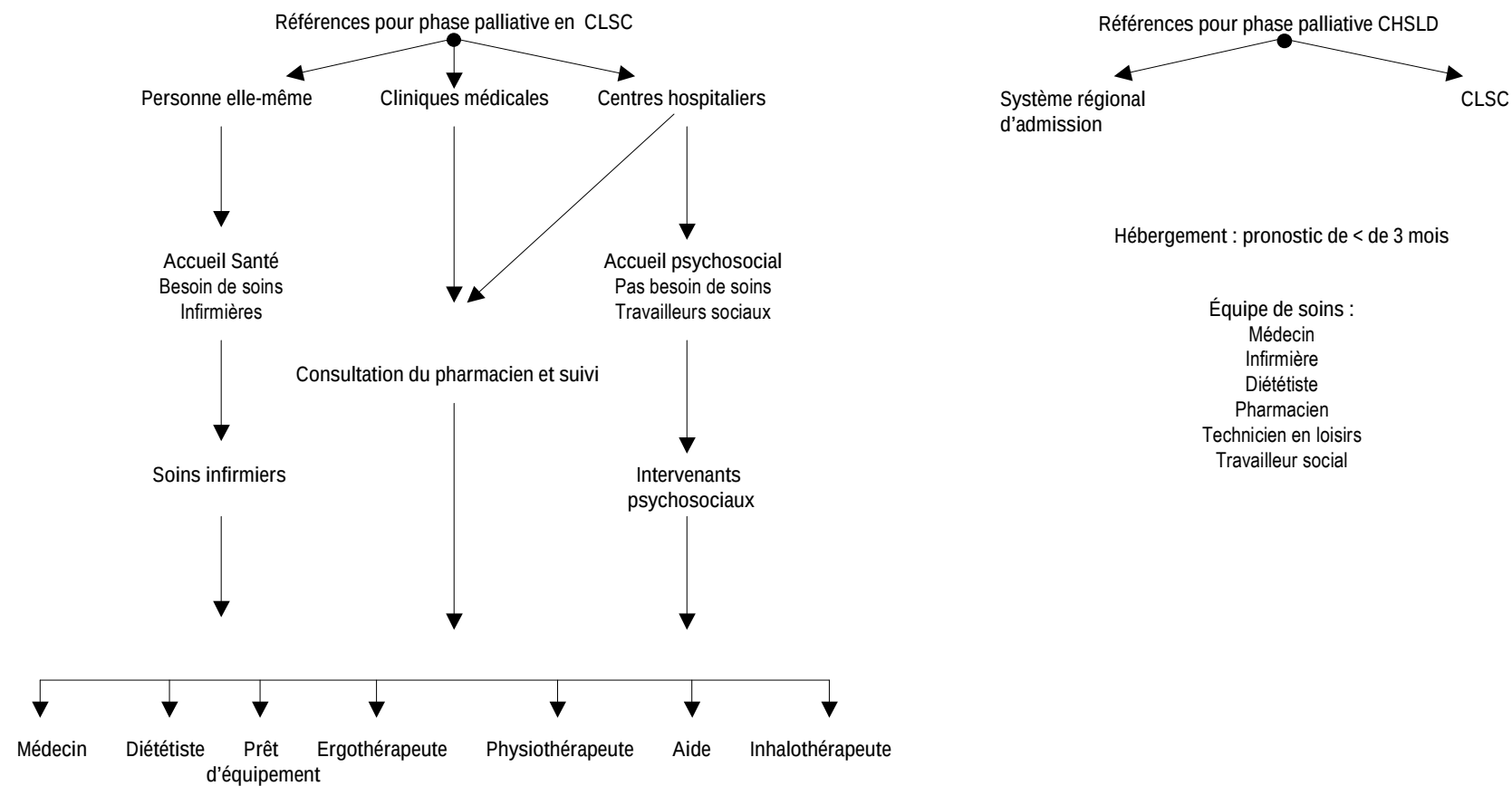
L'analyse des questionnaires a été complétée par la schématisation de la trajectoire des personnes atteintes de cancer dans les Laurentides, et ce, de la consultation auprès d'un spécialiste aux soins palliatifs. Nous avons donc demandé à l'automne 2003 aux membres du Comité de lutte contre le cancer des Laurentides représentant les centres hospitaliers de dresser un tableau de la trajectoire des personnes atteintes au sein de leur établissement. Les voici donc par établissement.

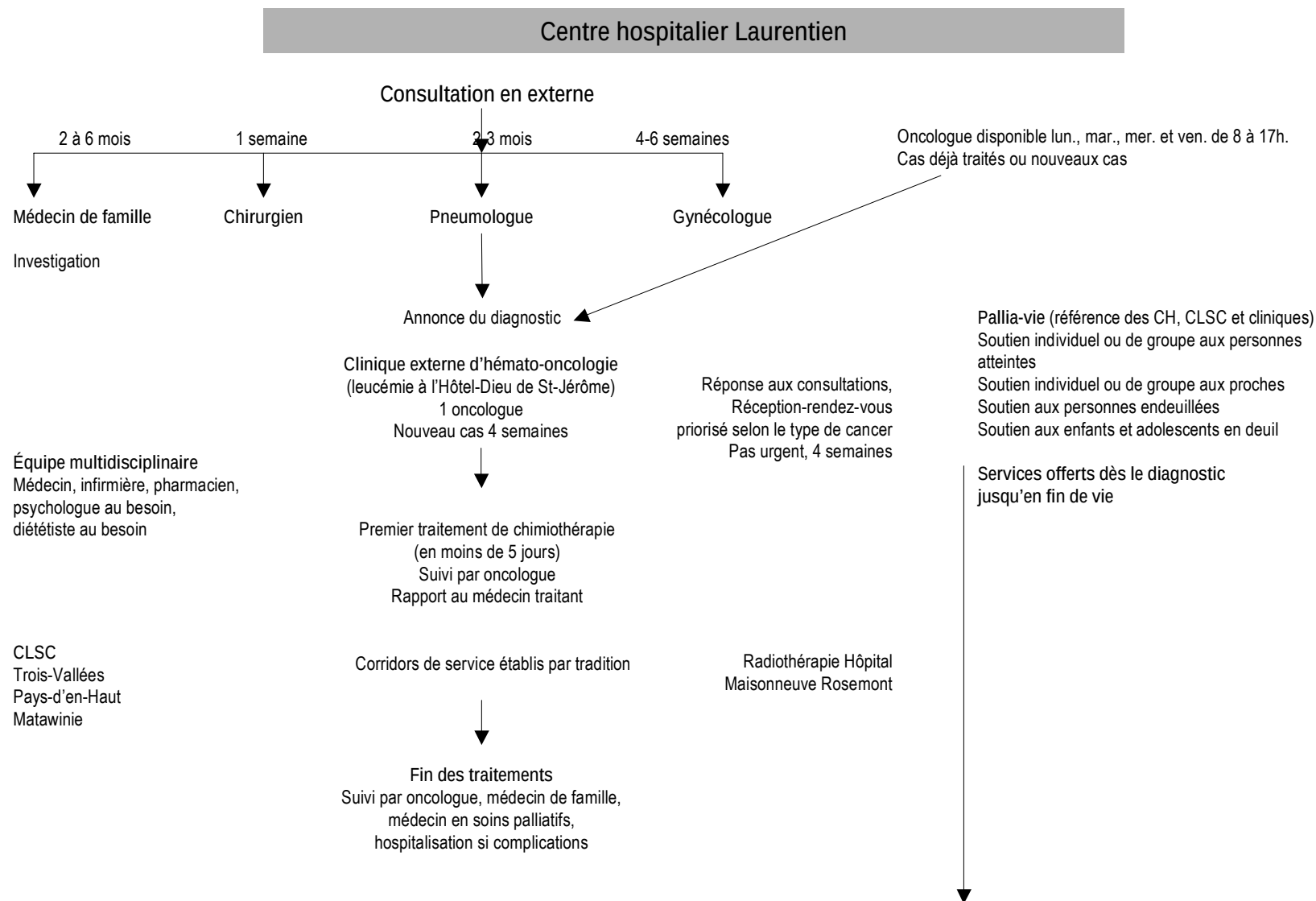


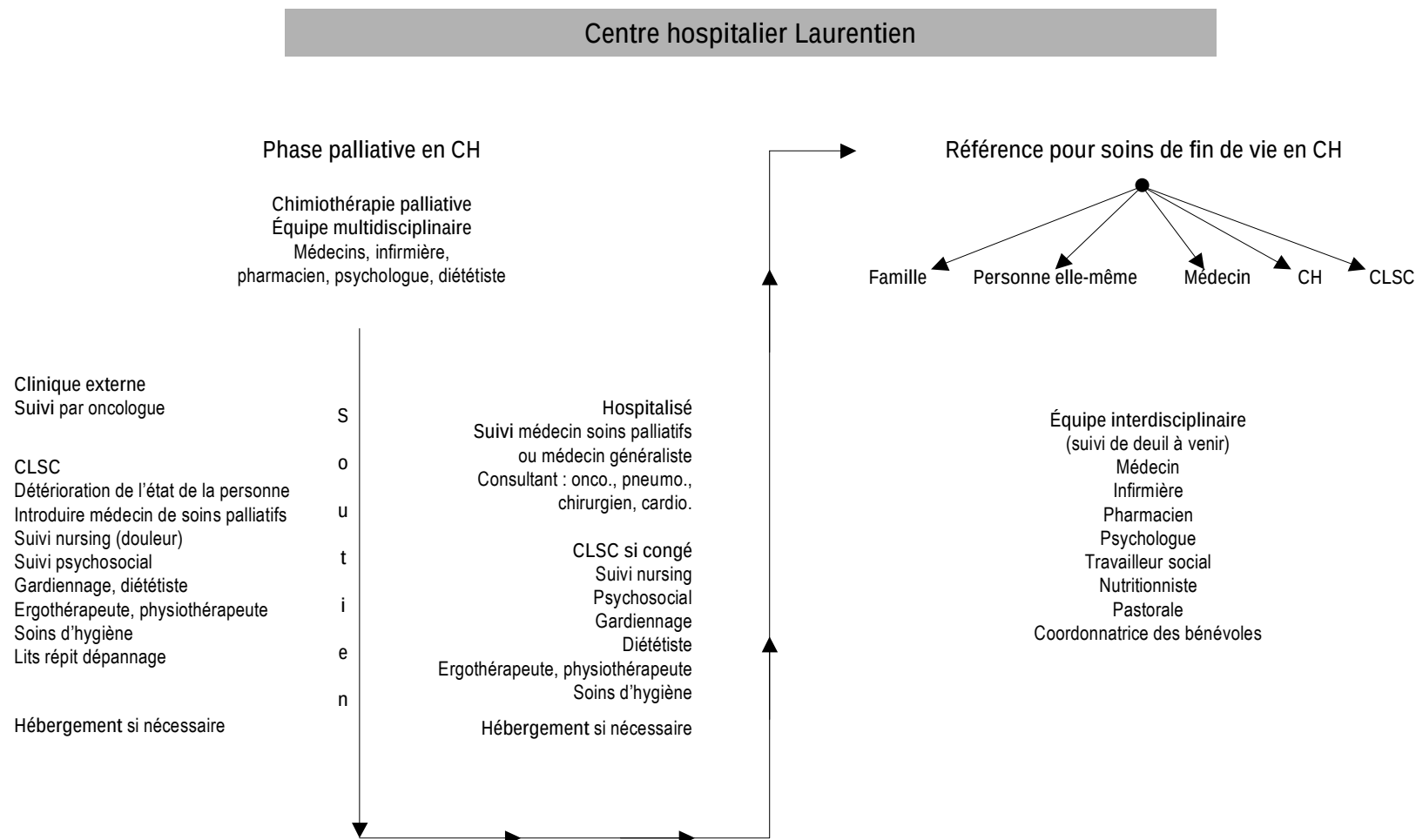
Établissement de santé d'Argenteuil

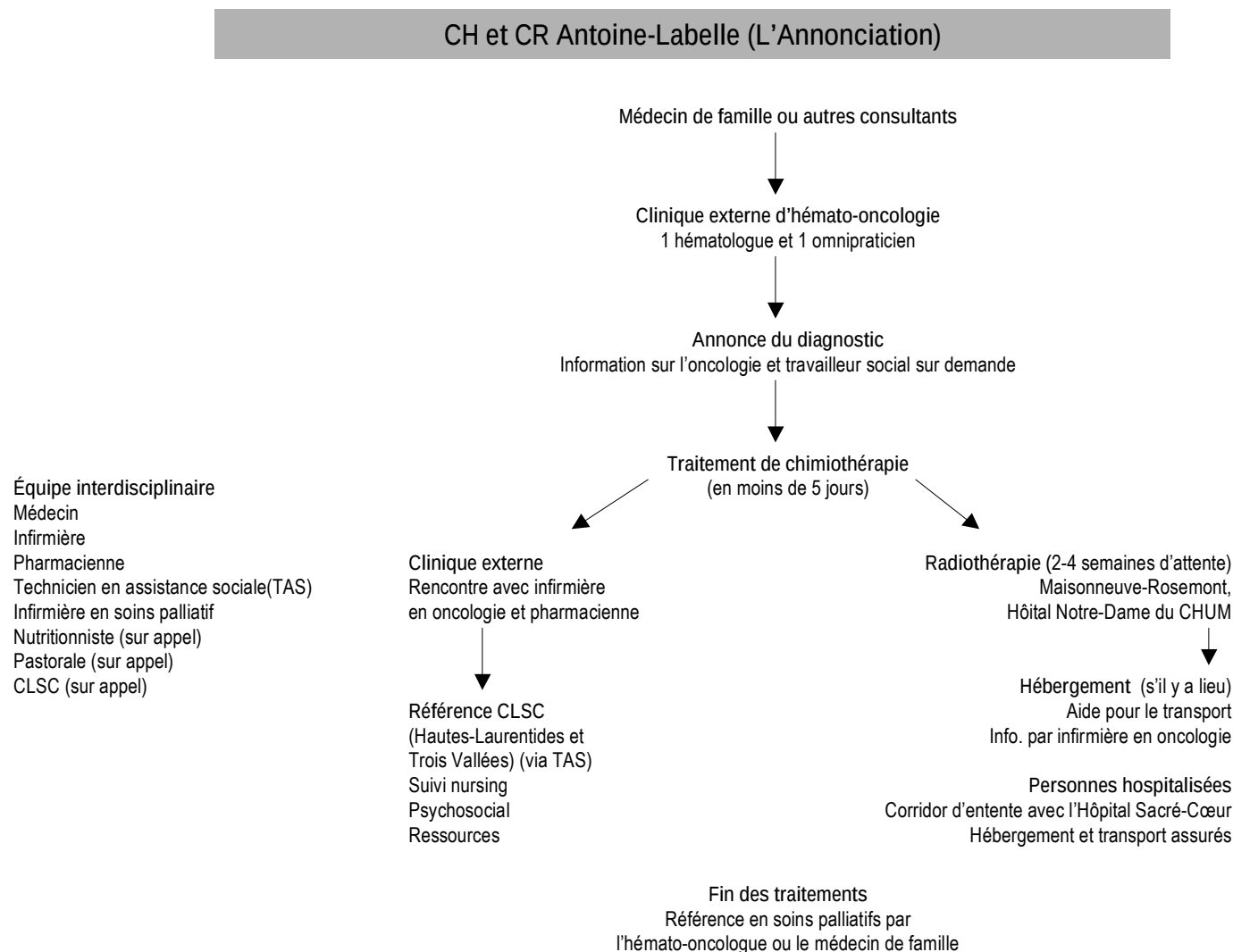


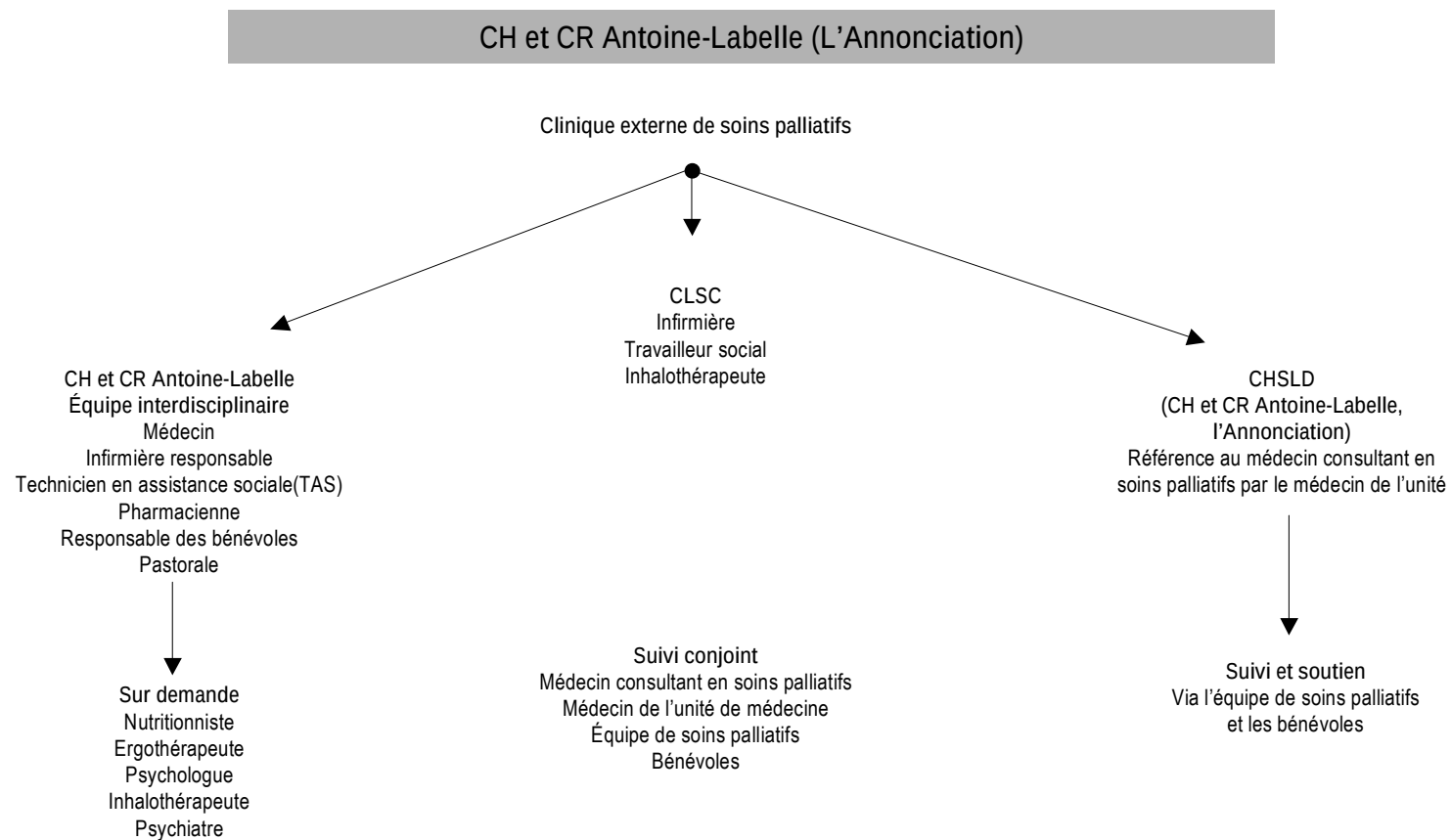
Établissement de santé d'Argenteuil

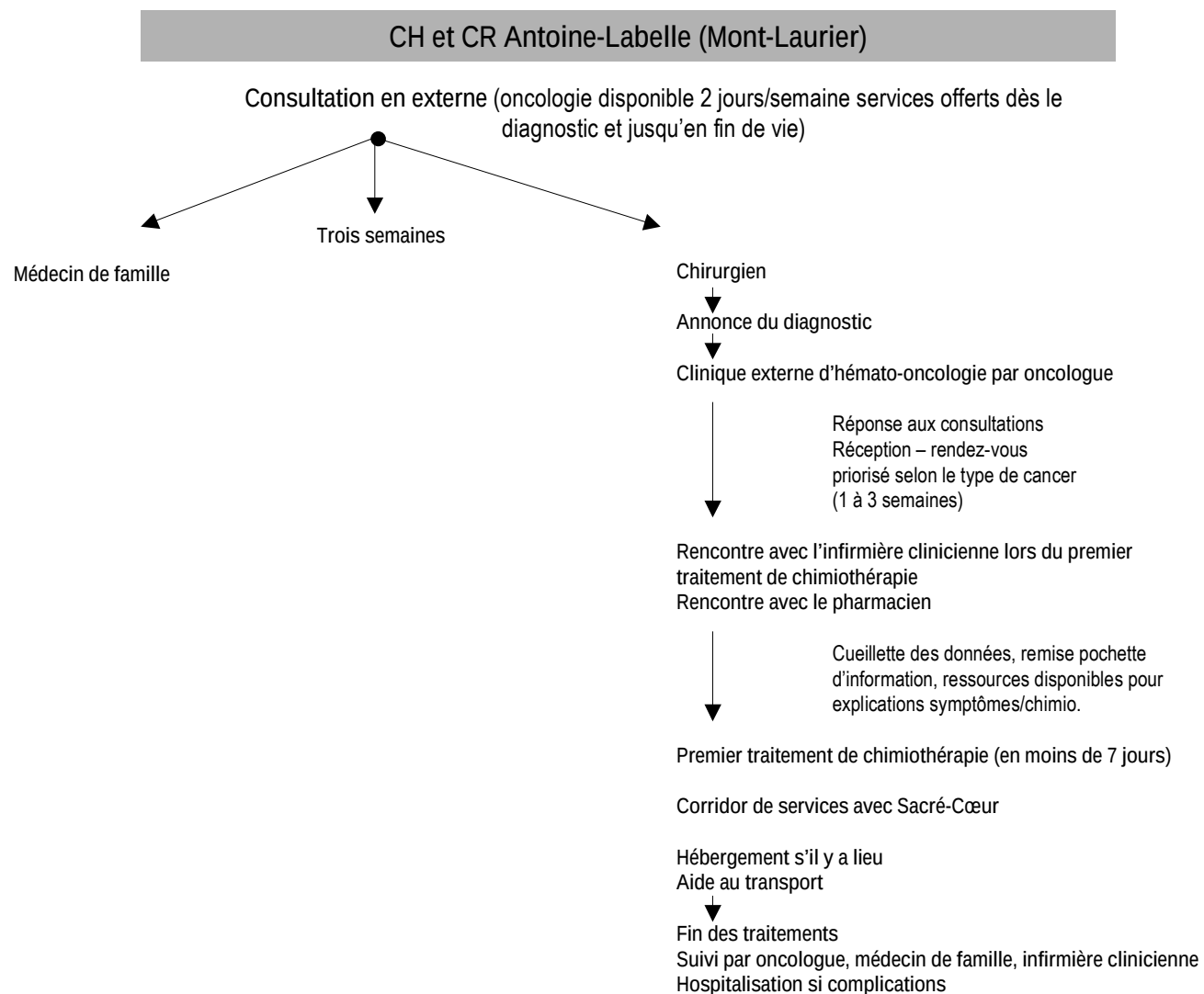




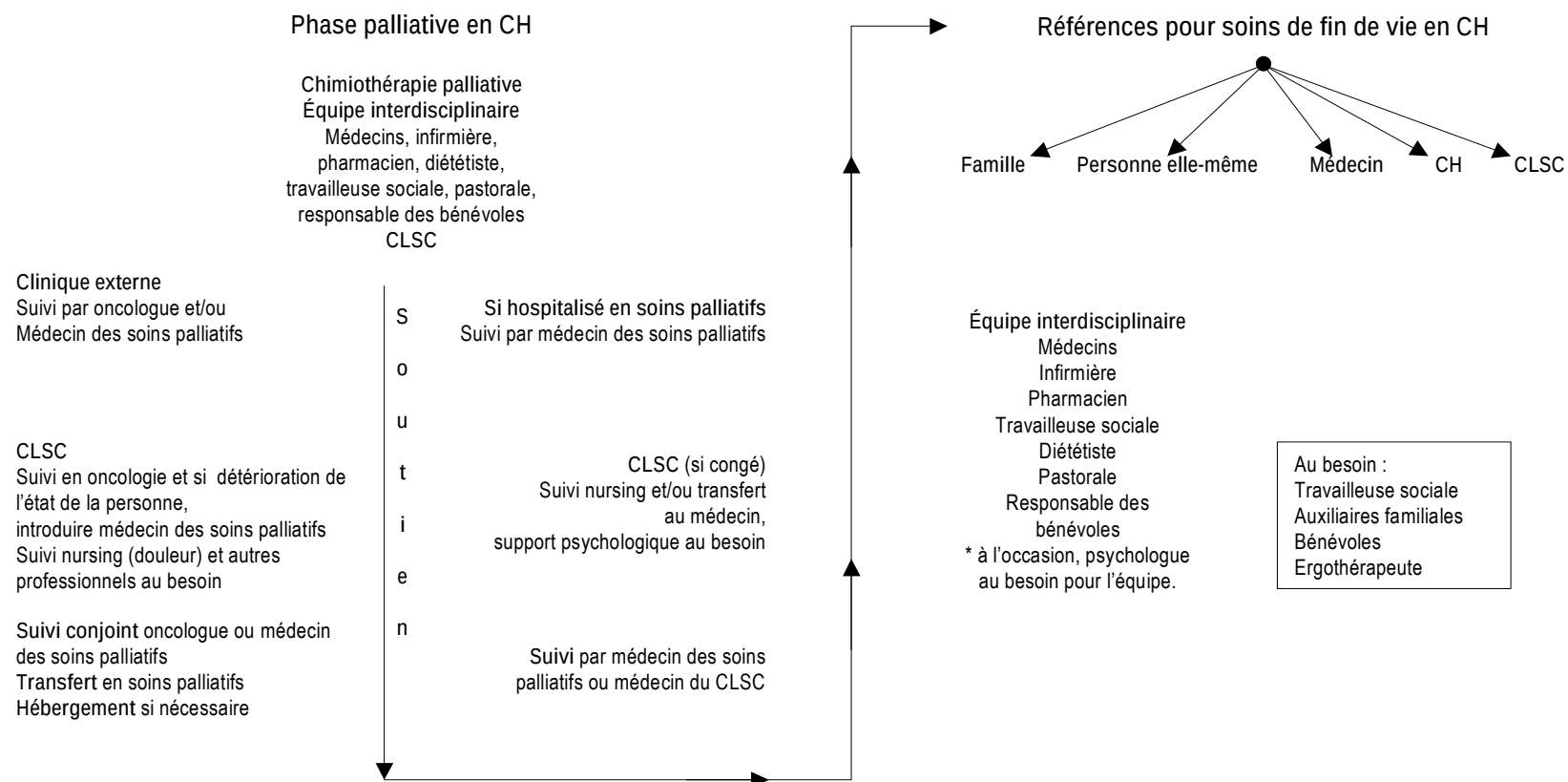


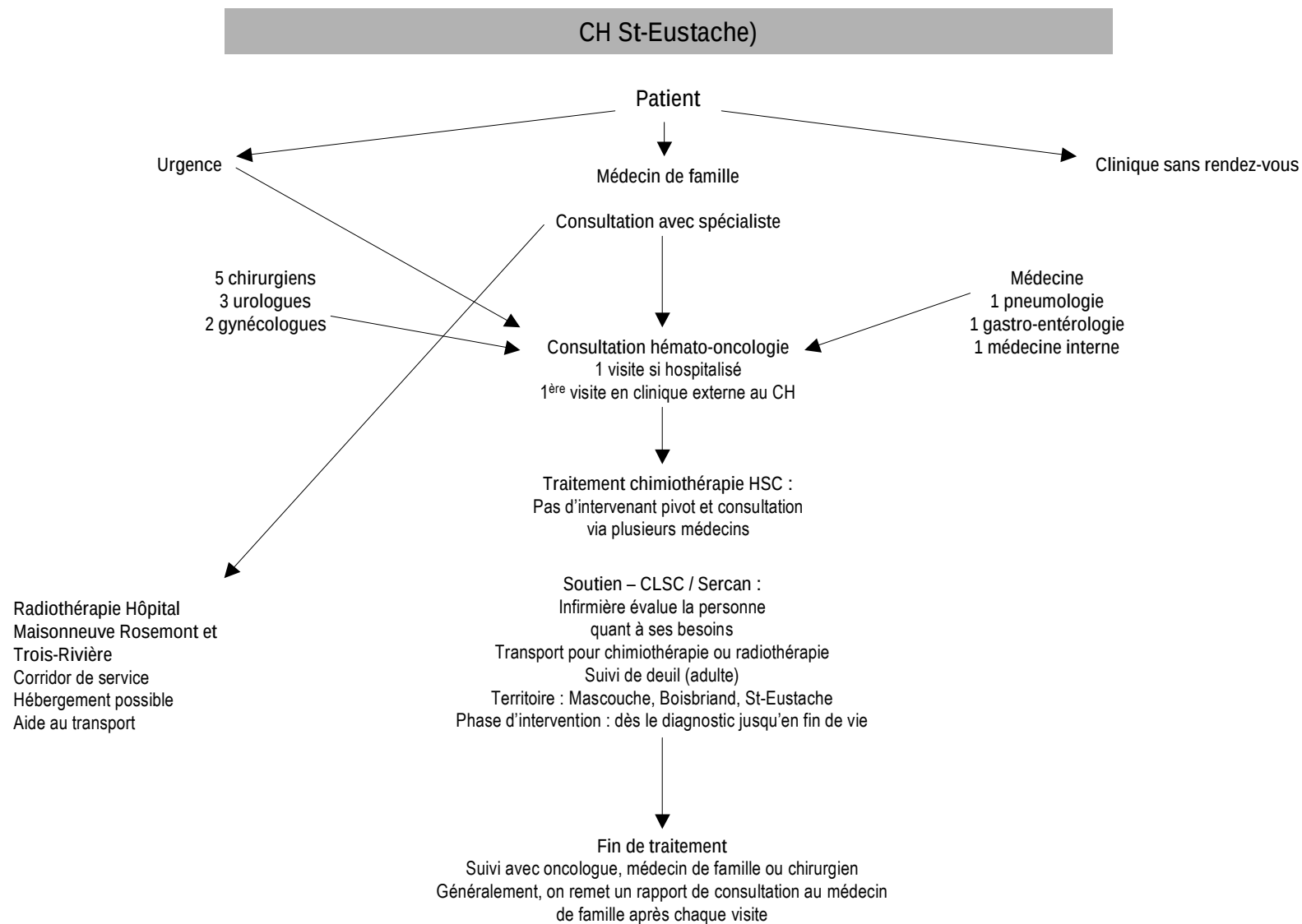


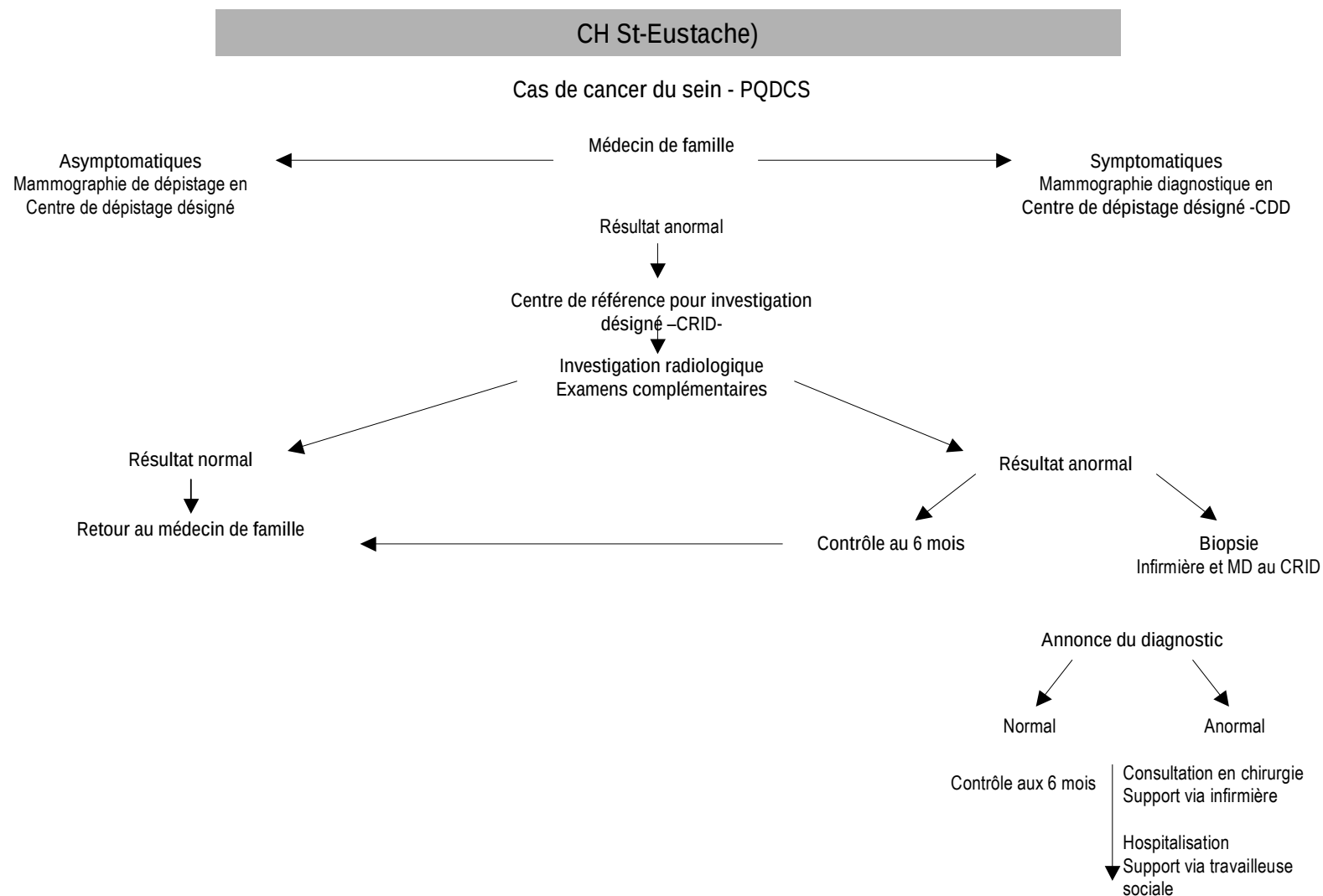


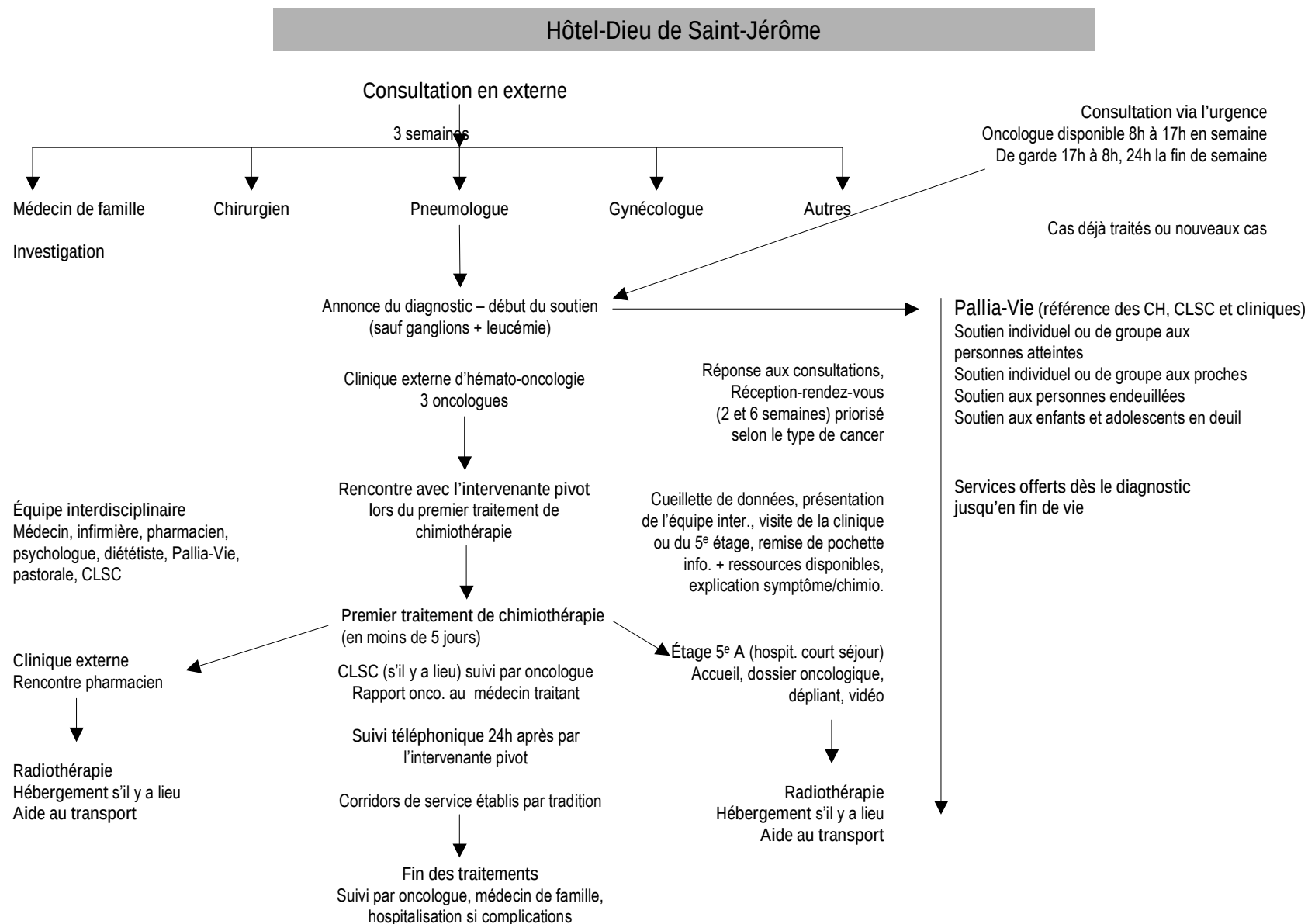


CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)

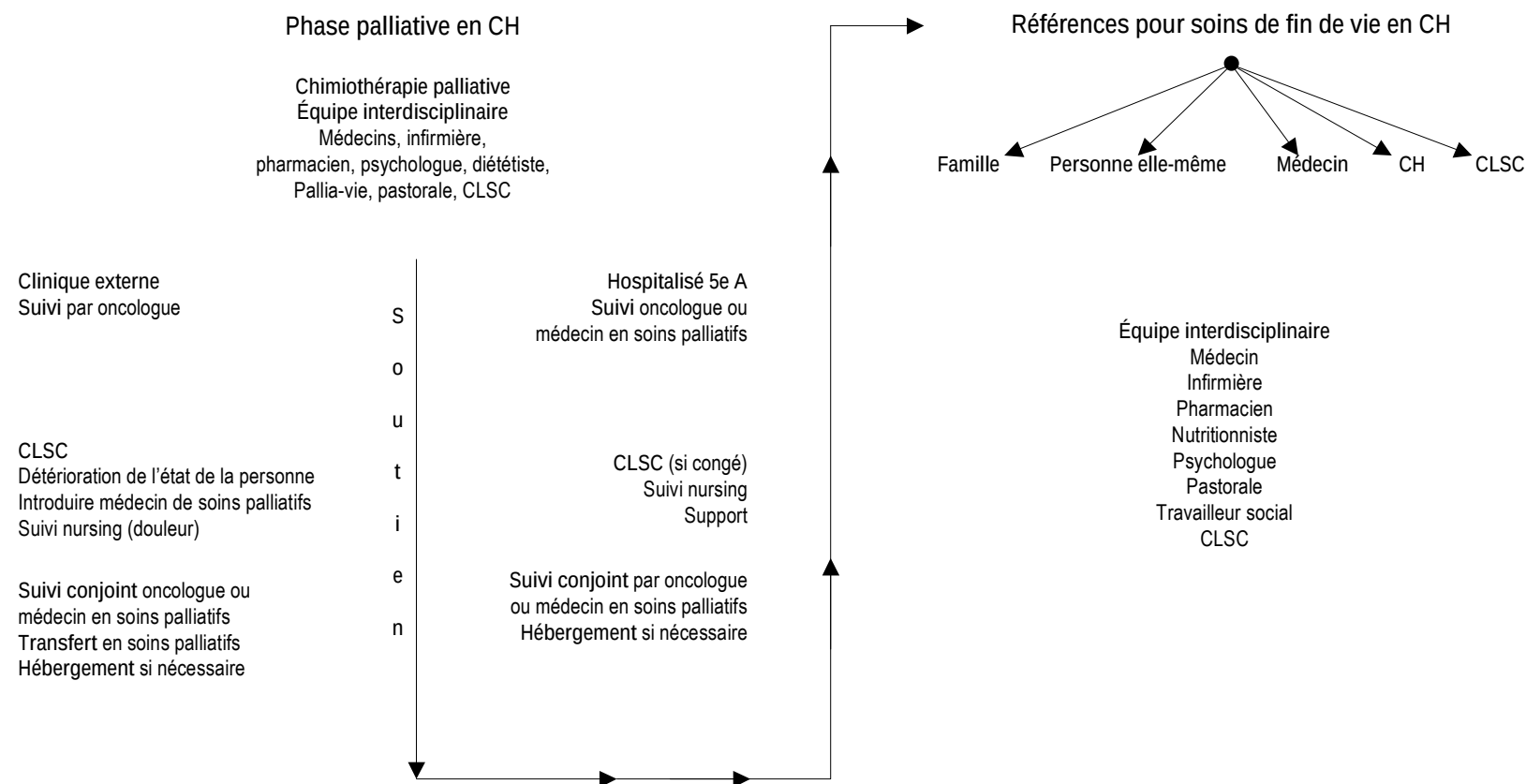




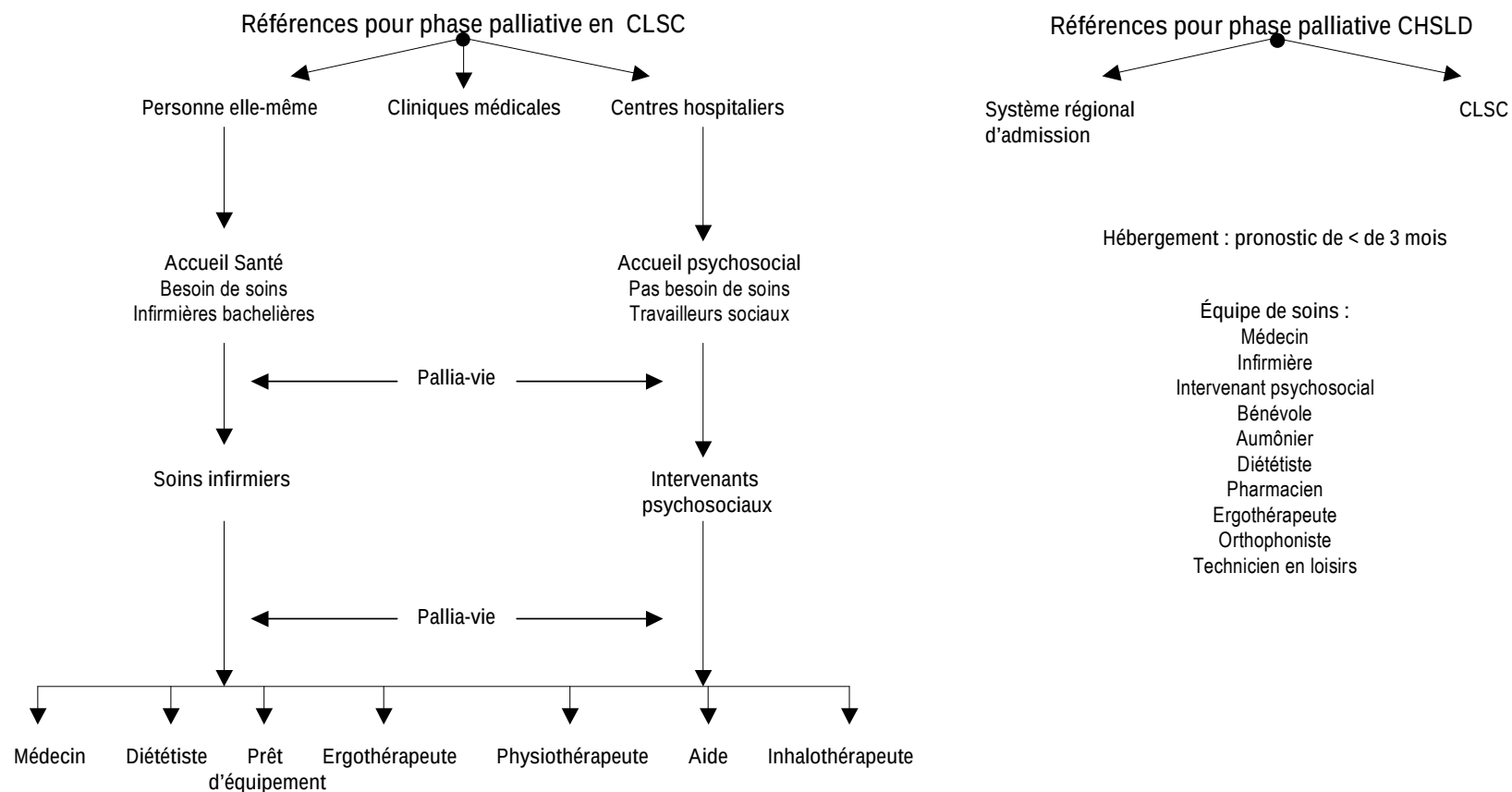




Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme



Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme



À la lecture des diverses trajectoires, on constate que la porte d'entrée pour une consultation en clinique externe en oncologie peut toujours se faire via l'urgence, mais elle nécessite généralement une prescription médicale, soit par l'entremise de son médecin de famille ou par une consultation en clinique sans rendez-vous.

Dans les centres hospitaliers des Laurentides, les consultations auprès des spécialistes (chirurgien, pneumologue, gynécologue, urologue) sont habituellement possibles à l'intérieur d'un délai de 3 semaines, mais peuvent s'étirer jusqu'à 6 mois.

On note qu'un oncologue est fréquemment de garde à l'urgence, et ce, dans 3 centres hospitaliers.

Généralement, suite à l'annonce du diagnostic, un soutien psychosocial est offert, ou disponible, soit par l'entremise d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un psychologue ou d'un groupe communautaire.

Seulement 1 centre hospitalier compte sur les services d'une intervenante pivot en oncologie appuyée d'une équipe interdisciplinaire, depuis maintenant 1 an. Quatre centres hospitaliers ont mis sur pied une équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire composée des disciplines suivantes : médecine, soins infirmiers, pharmacie, psychologie, travail social, diététique, pastorale, CLSC. Certaines de ces disciplines sont disponibles sur demande à l'exception de la médecine, des soins infirmiers et de la pharmacie. Les groupes communautaires ne siègent pas d'emblée sur les équipes interdisciplinaires, mais on leur réfère la clientèle aux besoins.

Les traitements de chimiothérapie débutent en moyenne 5 jours après l'annonce du diagnostic. La radiothérapie n'étant pas disponible dans la région, les personnes atteintes de cancer doivent donc se déplacer vers d'autres centres hospitaliers (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Notre-Dame du CHUM, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières).

Les CLSC prennent la relève quant aux traitements à domicile, au suivi nursing et aux services de maintien à domicile.

Lors de la fin des traitements, un suivi est effectué par l'oncologue et un rapport de consultation peut être envoyé au médecin de famille.

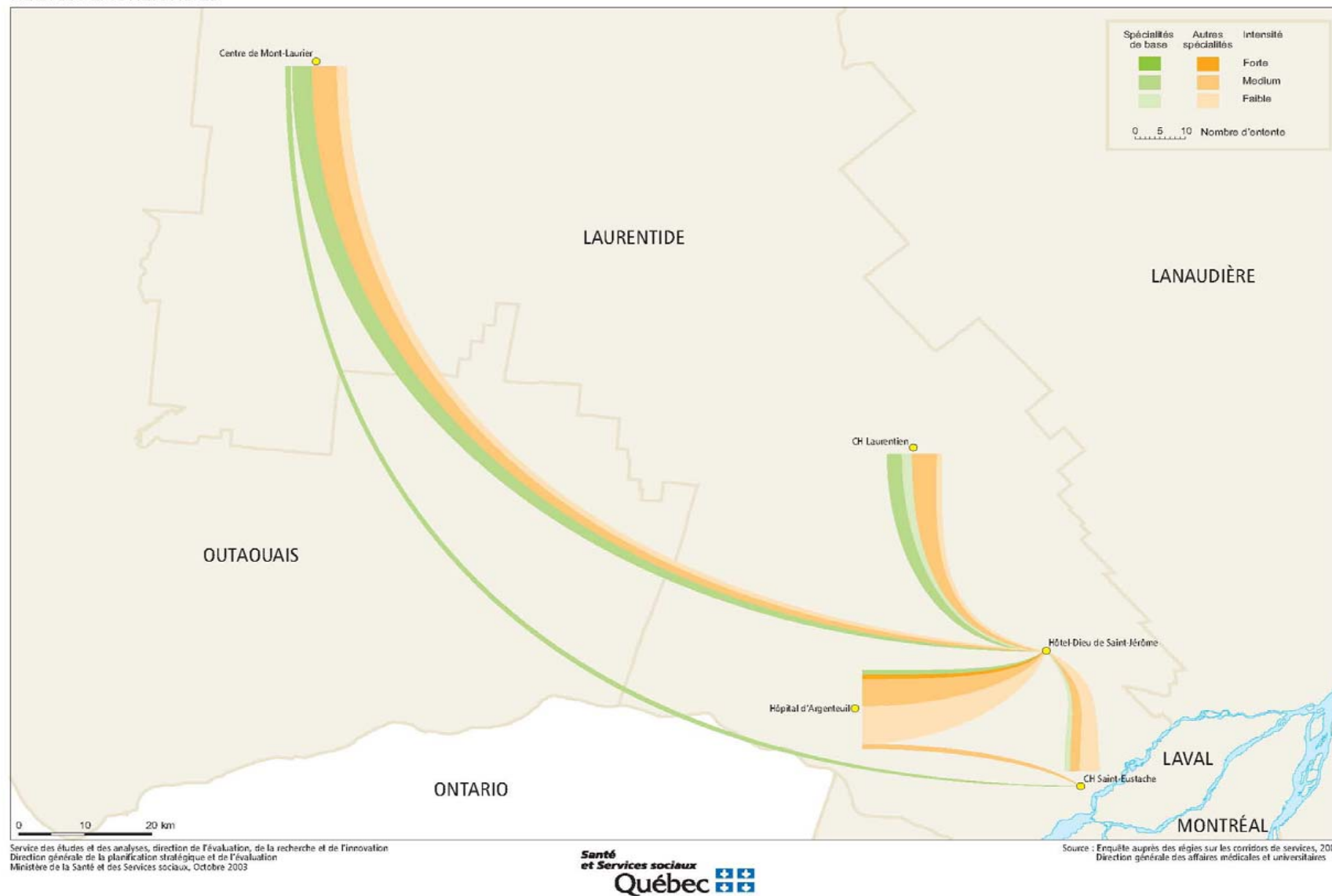
La chimiothérapie palliative est aussi sous la supervision d'une équipe interdisciplinaire pour les centres hospitaliers qui offrent ce type de traitement. La personne peut demeurer hospitalisée ou suivie à domicile par le CLSC. Des médecins omnipraticiens spécialisés en soins palliatifs sont aussi disponibles. Des intervenants psychosociaux peuvent être consultés par l'entremise du CLSC.

Les soins de fin de vie sont assurés par des équipes interdisciplinaires en centres hospitaliers, mais il y a toujours la possibilité d'être transféré en CHSLD pour un hébergement.

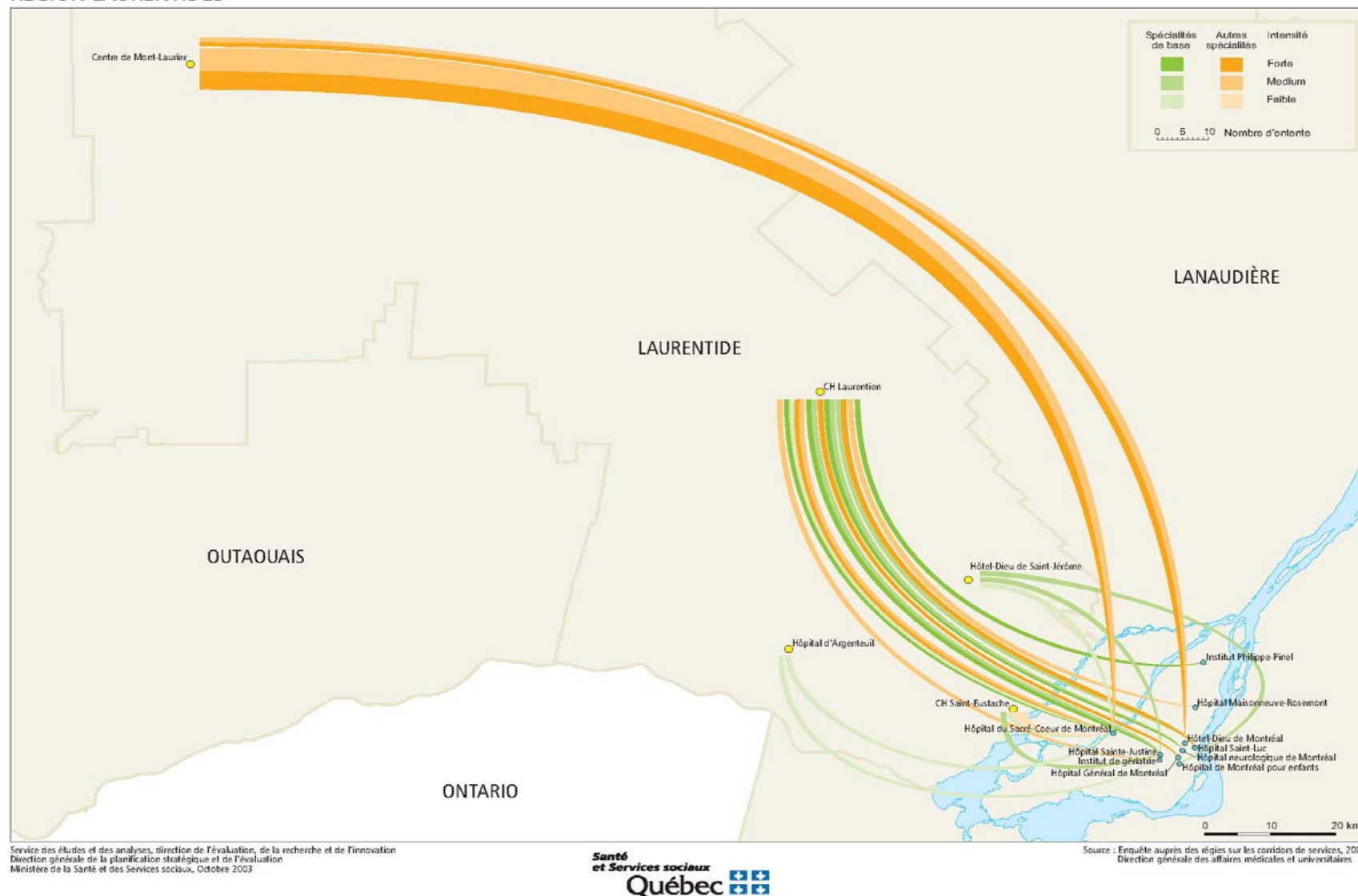
Les corridors de service médicaux intra et extrarégionaux : automne 2003

À l'automne 2003, à la demande du Service des études et des analyses, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS, des travaux ont été réalisés dans chacune des régions régionales du Québec afin d'illustrer les corridors de service médicaux à l'intérieur d'une même région (intrarégional) et les corridors de service d'une région avec un ou plusieurs autres régions du Québec (extrarégional). Bien entendu les deux schémas suivants ne concernent pas uniquement les services oncologiques, mais illustrent néanmoins la manière dont se déploie l'offre de service dans les Laurentides.

CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX INTRARÉGIONAUX RÉGION LAURENTIDES



CORRIDORS DE SERVICES MÉDICAUX EXTRARÉGIONAUX RÉGION LAURENTIDES



Le tableau des services oncologiques disponibles dans les centres hospitaliers : hiver 2004

Pour le bénéfice du *Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides*, nous nous sommes servis des informations colligées dans l'État de situation de 2002 et des travaux de l'automne 2003 sur les corridors de service médicaux et avons élaboré, à l'hiver 2004, un tableau des services oncologiques disponibles ou non dans chaque centre hospitalier de la région (oui ou n/d) et des corridors actuellement en place dans la région (intra) ou avec d'autres régions (extra) permettant d'offrir ces services.

	CH Saint-Eustache	CH-CLSC-CHSLD Des Sommets	CH et CR Antoine Labelle (Annonciation)	CH et CR Antoine Labelle (Mont-Laurier)	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	Établissement de santé d'Argenteuil
	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra
Biochimie médicale	oui	intra ⁹⁸	oui ⁹⁹	non disponible	oui	oui ¹⁰⁰
Radiologie	oui + CRID ¹⁰¹	oui ¹⁰²	intra ¹⁰³	oui + CDD ¹⁰⁴	oui + CDD	oui ¹⁰⁵
Échographie	oui	oui	oui	oui	oui + extra ¹⁰⁶	intra ¹⁰⁷ + extra ¹⁰⁸
Endoscopie	oui + extra ¹⁰⁹	oui	intra ¹¹⁰ + extra ¹¹¹	intra ¹¹² + extra ¹¹³	oui	oui
Laboratoire	extra ¹¹⁴	oui	intra ¹¹⁵	oui	oui + extra ¹¹⁶	intra ¹¹⁷
Pathologie	oui ¹¹⁸	intra ¹¹⁹	intra ¹²⁰	intra ¹²¹	oui	intra ¹²²
Résonance magnétique	intra ¹²³	intra ¹²⁴	intra ¹²⁵	intra ¹²⁶	oui ¹²⁷	intra ¹²⁸
Médecine nucléaire	intra ¹²⁹	intra ¹³⁰	intra ¹³¹	intra ¹³²	oui	intra ¹³³
Tomodensitométrie	oui	oui	oui	oui	oui	oui

⁹⁸ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.⁹⁹ Par la présence de microbiologistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.¹⁰⁰ Par la présence d'un biochimiste du CH Saint-Eustache.¹⁰¹ Centre de référence pour investigation désigné du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.¹⁰² CDD en voie de désignation.¹⁰³ Via Mont-Laurier, CH des Sommets et Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹⁰⁴ Centre de dépistage désigné du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.¹⁰⁵ CDD en voie de désignation.¹⁰⁶ À l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour la gastro-entérologie.¹⁰⁷ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le CH Saint-Eustache.¹⁰⁸ Via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.¹⁰⁹ Pour la broncoscopie à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.¹¹⁰ À Mont-Laurier pour les cytosopies et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour l'ORL.¹¹¹ À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour la pneumologie et à l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour l'urologie.¹¹² À l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour les biopsies.¹¹³ À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour les broncoscopies.¹¹⁴ Services offerts via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et la Cité de la Santé de Laval.¹¹⁵ Via Mont-Laurier.¹¹⁶ Pour les analyses génétiques à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.¹¹⁷ Via le CH Saint-Eustache¹¹⁸ Par la présence de pathologistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.¹¹⁹ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁰ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²¹ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²² Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²³ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁴ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁵ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁶ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁷ Mandat régional.¹²⁸ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹²⁹ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹³⁰ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹³¹ Via l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.¹³² Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.¹³³ Via l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

	CH Saint-Eustache	CH-CLSC-CHSLD Des Sommets	CH et CR Antoine Labelle (Annonciation)	CH et CR Antoine Labelle (Mont-Laurier)	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	Établissement de santé d'Argenteuil
	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra	intra / extra
Chimiothérapie	extra seulement ¹³⁴	oui	oui	oui	oui	intra ¹³⁵
Radiothérapie	n/d ¹³⁶	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Ergothérapie	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Physiothérapie	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Onco-pédiatrie	Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine	Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine	Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine	Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine	Fait partie du Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine	non
Soins palliatifs	non disponible	oui	oui	oui	oui	oui

Les effectifs et les services médicaux

Avoir un médecin de famille¹³⁷

Définition : fait de déclarer avoir ou non un médecin de famille.

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

A un médecin de famille	Laurentides	Le Québec
	%	
Oui	76,7	71,5
Non	23,3	28,5
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On estime à 76,7% la proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare avoir un médecin de famille. Cette proportion est significativement supérieure à celle du Québec (71,5%).

¹³⁴ Tous les traitements de chimiothérapie sont effectués à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

¹³⁵ La majorité des traitements de chimiothérapie sont effectués à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

¹³⁶ Non disponible dans la région, le service est offert à l'extérieur de la région des Laurentides par l'entremise de corridors de service informels.

¹³⁷ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC*, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques, Février 2004, page 19.

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Sexe	Laurentides	Le Québec
	%	
Hommes	70,6	64,6
Femmes	82,8	78,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare avoir un médecin de famille est significativement plus élevée que celle du Québec tant chez les hommes (70,6% c. 64,6%) que chez les femmes (82,8% c. 78,2%). Également, la proportion des femmes des Laurentides dans cette situation est significativement plus élevée que celle des hommes de la région.

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui déclare avoir ou non un médecin de famille, selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Groupe d'âge	Laurentides	Le Québec
	%	
12-19 ans	69,5	65,1
20-24 ans	65,9	58,3
25-44 ans	71,0	62,3
45-64 ans	82,9	79,8
65 ans +	92,1	90,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Parmi les différents groupes d'âge des Laurentides, on observe que la population âgée de 65 ans ou plus déclare avoir un médecin de famille dans 92,1% des cas. Les Laurentidiens de 25 à 44 ans ont un médecin de famille dans une proportion significativement supérieure (71,0%) à celle du Québec (62,3%).

La répartition des omnipraticiens et des spécialistes sur le territoire des Laurentides

En date du 10 mars 2004, on dénombre 550 omnipraticiens dans la région des Laurentides¹³⁸ répartis par territoires de CLSC de la manière suivante. Il existe actuellement 76 cliniques médicales privées et 3 groupes de médecine de famille ou GMF¹³⁹.

¹³⁸ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Liste des médecins de la région des Laurentides*, 10 mars 2004.

¹³⁹ Le GMF se définit comme une organisation fonctionnelle composée de six à douze médecins de famille, équivalent temps plein, travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières, dont le nombre sera déterminé en fonction du nombre de personnes inscrites au GMF, de la lourdeur de la prise en charge et du nombre de médecins équivalent temps plein du GMF.

Territoire de CLSC	Omnipraticiens (n)	Cliniques médicales (n)	Groupes de médecine de famille (GMF) (n)
Jean-Olivier-Chénier	142	13	
Thérèse-de-Blainville	118	17	1
Hautes-Laurentides	48	7	1
Arthur-Buies	122	17	
Pays-d'en-Haut	28	8	1
Trois Vallées	56	11	
Argenteuil	36	3	
Les Laurentides	550	76	3

En février 2004, le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en spécialités du MSSS précise la répartition par centre hospitalier des spécialités concernées par la lutte contre le cancer. Pour chaque établissement on indique, dans le tableau suivant, le nombre d'effectifs en place ainsi que le nombre de postes disponibles à combler.

Spécialités	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	CH-CLSC-CHSLD Des Sommets	Établissement de santé d'Argenteuil	CH et CR Antoine-Labelle	CH Saint-Eustache
	En place Postes disp.	En place Postes disp.	En place Postes disp.	En place Postes disp.	En plac Postes disp.
Radiologie	7 0	1 0	1 -1*	1 0	5 0
Pathologie	4 1	0 0	0 0	0 0	0 0
Chirurgie générale	8 0	3 1	2 0	3 0	5 0
Médecine interne	7 0	0 0	1 0	1 0	1 0
Hémo-oncologie	5 1	0 0	0 0	1 0	0 0

* Le Plan d'effectifs médicaux en spécialités du MSSS, n'a pas autorisé de poste en radiologie pour l'Établissement de santé d'Argenteuil, c'est pourquoi on indique -1 à la section poste disponible.

Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens. Les objectifs du GMF sont d'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des personnes inscrites auprès d'un médecin membre du GMF, de permettre à moyen terme à plus de personnes d'avoir accès à un médecin de famille, d'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne, de développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC et enfin de reconnaître et de valoriser le rôle du médecin de famille. Définition adaptée, citée dans : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF), Guide d'accompagnement*, VERSION PRÉLIMINAIRE, Québec, Septembre 2003, pp. 15-16.

Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1^{er} mars 2004, région des Laurentides¹⁴⁰

	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	15	-1*
Pathologie	4	1
Chirurgie générale	21	1
Médecine interne	10	0
Hémato-oncologie	6	1

* Le Plan d'effectifs médicaux en spécialités du MSSS, n'a pas autorisé de poste en radiologie pour l'Établissement de santé d'Argenteuil, c'est pourquoi on indique -1 à la section poste disponible.

Le tableau suivant représente le nombre de médecins pour 100 000 personnes dans notre région. On remarque qu'à la fois le taux des omnipraticiens et celui des spécialistes sont nettement en dessous de la moyenne provinciale en 2002. Par conséquent, bon nombre des consultations s'effectuent dans la région montréalaise.

Nombre de médecins¹ pour 100 000 personnes, région des Laurentides et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour les Laurentides (pour 100 000 personnes)	Taux pour la province de Québec (pour 100 000 personnes)
Omnipraticiens	88	94
Spécialistes	41	94
Total	129	188

1. Effectifs médicaux qui, au premier trimestre 2002, ont eu une rémunération minimale de 5 500 \$.

Source : Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, septembre 2002.

Comme le mentionne le MSSS¹⁴¹, aucune donnée similaire aux précédentes n'existe pour les autres catégories de professionnels de la santé comme les infirmières, les pharmaciens ou les intervenants en soutien (travailleurs sociaux, psychologues). Plus spécifiquement dans le domaine des soins infirmiers, où la pénurie se fait encore grandement sentir, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec avance que 60 % du personnel a 40 ans et plus. Dans ce contexte, il semble nécessaire de se pencher sur la planification de la main-d'œuvre infirmière. Une action semblable est également souhaitable dans les autres groupes de professionnels pour lesquels une planification de la main-d'œuvre qui travaille en oncologie est essentielle afin d'assurer le développement des équipes de lutte contre le cancer.

¹⁴⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés*, Québec, Février 2004.

¹⁴¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 87.

L'investigation et le traitement du cancer dans les Laurentides

En raison notamment de la présence de médecins provenant de centres hospitaliers de Montréal qui offrent des services dans des hôpitaux des Laurentides, presque tous les services d'investigation et de traitement de base sont assurés pour notre région.

Les hospitalisations et les chirurgies

Comme l'indique le tableau suivant, le taux de rétention pour les hospitalisations de résidents effectuées dans la région est en hausse, passant de 54 % en 1994-1995 à 64 % en 2001-2002.

Hospitalisations¹ pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région des Laurentides

	Hospitalisations des résidents de la région (n)	Taux de rétention pour les hospitalisations (%)	Hospitalisations dans les CH de la région (n)	Taux d'attraction pour les hospitalisations (%)
1994-1995				
Ensemble des sièges	2 902	54	ND	ND
2001-2002				
Cancer digestif bas	401	78	363	13
Cancer pulmonaire	565	71	468	14
Cancer du sein	377	76	320	10
Cancer urologique	432	67	347	17
Ensemble des sièges	2 976	64	2 176	13

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

ND Non disponible

CH Centre hospitalier

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Le tableau ci-bas indique qu'en 2000-2001 il y a eu 105 hospitalisations d'enfants âgés de 0 à 19 ans des Laurentides on remarque que 102 d'entre elles l'ont été dans des établissements montréalais.

Hospitalisations selon la région de résidence et la région où a lieu le traitement, et taux de rétention chez les 0-19 ans, Québec, 2000-2001

Région de résidence	Hospitalisations (n)					Taux de rétention pour les hospitalisations (%)
	Dans la région de résidence	Dans la région de Québec	Dans la région de l'Estrie	Dans la région de Montréal-Centre	Total	
Bas-Saint-Laurent	12	19	0	0	31	39
Saguenay-Lac-Saint-Jean	27	13	0	24	64	42
Québec	-	36	0	9	45	80
Mauricie et Centre-du-Québec	15	1	3	91	110	14
Estrie	-	0	27	23	50	54
Montréal-Centre	-	0	3	322	325	99
Outaouais ¹	1	0	0	3	4	25
Abitibi-Témiscamingue	14	0	0	18	32	44
Côte-Nord	3	3	0	10	16	19
Nord-du-Québec	0	0	1	18	19	0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	4	5	0	18	27	15
Chaudière-Appalaches	8	50	0	4	62	13
Laval	0	0	0	37	37	0
Lanaudière	4	0	0	77	81	5
Laurentides	3	0	0	102	105	3
Montérégie	12	1	1	227	241	5
Nunavik	0	0	0	0	0	NA
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	0	0	0	NA

1. Hospitalisations en Ontario exclues.

NA Non applicable.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

On remarque dans le tableau ci-dessous que des 105 hospitalisations pour les enfants des Laurentides âgés de 0 à 19 ans, 102 d'entre elles l'ont été dans la région montréalaise.

Le tableau de la page suivante précise qu'en 2001-2002, près de la moitié des 2 176 hospitalisations pour l'ensemble des cancers ont été effectuées à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le quart au Centre hospitalier Saint-Eustache. Quant aux chirurgies de base, elles sont pratiquées dans les cinq centres hospitaliers de la région. On dénote qu'un peu plus de la moitié des interventions chirurgicales ont lieu à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

Chirurgies¹ et hospitalisations² dans les CH de la région des Laurentides pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n)	Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n)
CH-CLSC-CHSLD Des Sommets	189	298
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	898	1 036
CH Saint-Eustache	366	547
Établissement de santé d'Argenteuil	58	113
CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	74	118
CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	0	64
Total	1 585	2 176

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

2. Incluant les hospitalisations en chirurgie et les hospitalisations en médecine.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Voyons plus en détail la répartition des 1 206 chirurgies effectuées en 2001-2002 pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents. On remarque que les chirurgies du sein se concentrent dans deux établissements, à savoir l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le Centre hospitalier Saint-Eustache, où se situe le centre de référence pour investigation désigné (CRID) du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Le nombre de chirurgie du sein à l'Établissement de santé d'Argenteuil est en-deçà de ce qui est recommandé dans le PQLC pour une équipe interdisciplinaire locale d'oncologie, soit 30 nouveaux cas de cancer du sein annuellement. Les chirurgies pulmonaires sont essentiellement réalisées à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Quant au cancer urologique, l'activité chirurgicale est très importante à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme avec 80 % des cas, alors que le Centre hospitalier Saint-Eustache en réalise 16 %.

Chirurgies¹ effectuées dans les CH de la région des Laurentides selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002

Établissement	Chirurgies (n)			
	Cancer digestif bas	Cancer pulmonaire	Cancer du sein	Cancer urologique
CH-CLSC-CHSLD Des Sommets	55	9	55	0
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	96	132	152	343
CH Saint-Eustache	68	3	126	70
Établissement de santé d'Argenteuil	14	3	8	18
CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	15	2	37	0
CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)	0	0	0	0
Total	248	149	378	431

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

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Comme l'indique le tableau suivant, le taux d'attraction pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations d'une région effectuées pour des résidents des autres régions est élevé dans sept régions incluant les Laurentides. Le taux d'attraction tente d'illustrer deux réalités. D'une part, la proportion des services suprarégionaux fournis aux personnes venant d'autres régions, c'est-à-dire faisant appel à une expertise ou à des ressources ultraspécialisées. D'autre part, la proportion des services régionaux fournis aux personnes des régions limitrophes en raison du choix de celles-ci ou de la carence de disponibilité des ressources dans leur région de résidence. Ces deux réalités sont reflétées dans les taux d'attraction des régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal-Centre. Alors qu'il s'agit davantage du choix des personnes ou du manque de ressources pour les régions de Laval, du Bas-Saint-Laurent et des Laurentides.

Taux de rétention et taux d'attraction pour les hospitalisations selon la région, Québec, 1994-1995 et 2001-2002¹⁴²

Régions	Taux de rétention			Taux d'attraction
	1994-1995 (%)	2001-2002 (%)	Variation (%)	2001-2002 (%)
Universitaires				
Québec	99	99	0	30
Estrie	95	93	-2	15
Montréal-Centre	99	98	-1	34
Périphériques				
Chaudière-Appalaches	58	63	9	7
Laval	26	45	73	31
Lanaudière	46	58	26	6
Laurentides	54	64	19	13
Monterégie	53	64	21	4
Intermédiaires				
Bas-Saint-Laurent	75	77	3	16
Saguenay-Lac-Saint-Jean	92	92	0	3
Mauricie et Centre-du-Québec	74	80	8	3
Outaouais ¹	76	76	0	3
Éloignées				
Abitibi-Témiscamingue	80	85	6	3
Côte-Nord	62	68	10	0
Nord-du-Québec	ND	38	NA	12
Gaspésie-Îles-de-la Madeleine	56	63	13	1
Nunavik	ND	9	NA	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	ND	17	NA	0

1. En Outaouais, le taux de rétention tient compte des hospitalisations en Ontario. Toutefois, il est calculé pour l'année 2000-2001 plutôt que pour 2001-2002, en prenant l'ensemble des tumeurs (codes CIM-9 140 à 238).

ND Non disponible.

NA Non applicable.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

¹⁴² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 73.

Les tableaux suivants fournissent des données plus récentes que les précédentes, soit pour l'année 2002-2003. Dans un premier temps nous vous présentons, selon le territoire de CLSC de la personne atteinte de cancer, la répartition des hospitalisations non seulement sur le territoire des Laurentides, mais dans d'autres régions du Québec. Vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancers et également pour les quatre principaux sièges tumoraux à savoir le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (CIM-9 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De L'Annonciation	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Abitibi-Témiscamingue	Lanaudière	Laval	Montréal	Montréal-Centre	Ontario	Québec	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Total
CLSC ARTHUR-BUIES			7	7	3	575		1	15	5	164		1		778
CLSC D'ARGENTEUIL			2	6	76	77			6		60	1			228
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	35	109	7	5		16			2	1	121	9			305
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER				263	2	24	1	1	13		192		1		497
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT			77	6	4	86			10	1	66				250
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE				143		155		1	112	2	254		1	1	669
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	19	2	182	2	1	77			1	1	54				339
Total	54	111	275	432	86	1 010	1	3	159	10	911	10	3	13	3 066

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Hospitalisations pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De L'Annonciation	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Laval	Montréal	Montréal-Centre	Total
CLSC ARTHUR-BUIES			1	4		62	3	2	15	87
CLSC D'ARGENTEUIL				6	6	2			2	16
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	4	20	4	5				1	3	37
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER				54		1	1		11	67
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT			11	4		3	3		3	24
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE				32		26	16	1	18	93
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	1	2	28	2		2			1	36
Total	5	22	44	107	6	96	23	4	53	360

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Hospitalisations pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De L'Annonciation	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Lanaudière	Laval	Montréal-Centre	Outaouais	Total
CLSC ARTHUR-BUIES						103	1	4	7		115
CLSC D'ARGENTEUIL					7	27		1	8		43
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	1	4				1		2	39	1	48
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER				39		4		9	12		64
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT			2	1		31		5	14		53
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE				9		25		13	32		79
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES			17		1	41			6		65
Total	1	4	19	49	8	232	1	34	118	1	467

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Hospitalisations pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De L'Annonciation	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Lanaudière	Laval	Montréal-Centre	Outaouais	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Total
CLSC ARTHUR-BUIES			2			78		3	5			88
CLSC D'ARGENTEUIL			1		24	2						27
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	6	21	1			1			11	2		42
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER				51		3			6			60
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT			29		1	5			8			43
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE				25		13	1	29	15		1	84
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES			38						1			39
Total	6	21	71	76	25	102	1	32	45	2	1	383

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Hospitalisations pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH (ou région de traitement) de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De L'Annonciation	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommeits	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Laval	Monterégie	Montréal-Centre	Outaouais	Québec	Total
CLSC ARTHUR-BUIES				1	1	167	1	2	15		1	188
CLSC D'ARGENTEUIL					20	31	2		9			62
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	10	27				8			26	1		72
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER				44	2	3			43			92
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT			10	1	2	24	1	1	6			45
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE				32		41	16		49			138
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	15		44			18	1		2			80
Total	25	27	54	78	25	292	21	3	150	1	1	677

*source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Dans un deuxième temps nous vous fournissons la répartition des chirurgies oncologiques dans les établissements du territoire laurentidien mais aussi ailleurs dans la province, et ce, selon le territoire de résidence de la personne atteinte de cancer. Comme pour les tableaux des hospitalisations vous y trouverez des données pour l'ensemble des cancer mais également pour les quatre cancers les plus fréquents dans la population, le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Chirurgies pour l'ensemble des cancers (CIM-9 = 140 à 208, excluant 173) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommeits	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Abitibi-Témiscamingue	Lanaudière	Laval	Monterégie	Montréal-Centre	Outaouais	Québec	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Total
CLSC ARTHUR-BUIES		7	6	2	410		1	20	3	93		1		543
CLSC D'ARGENTEUIL		1	8	42	55			4		43				153
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	33	9	6		14			2	1	88	11			164
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER			177	1	15	1	1	17		127		1		340
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT		51	7	2	83			11	1	50		1		206
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE			73		123		5	68	2	209		2	1	483
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	2	77	2	1	86				1	42				211
Total	35	145	279	48	786	1	7	122	8	652	11	5	12	100

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
 source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Chirurgies pour le cancer du sein (CIM-9 = 174) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hôtel-Dieu de Saint- Jérôme	Lanaudière	Laval	Montréal-Centre	Montréal-Centre	Outaouais	Total
CLSC ARTHUR-BUIES		1	5		78		8	1	18		111
CLSC D'ARGENTEUIL			7	8	2				4		21
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	14	5	5					1	4	5	34
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER			60		1		3		13		77
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT		17	4		3		5		3		32
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE			35		23	3	14	2	35		112
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	2	30	2		1				8		43
Total	16	53	118	8	108	3	30	4	85	5	430

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
 source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Chirurgies pour le cancer de la prostate (CIM-9 = 185 à 189) selon le territoire local de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hôtel-Dieu de Saint- Jérôme	Lanaudière	Laval	Montréal-Centre	Outaouais	Québec	Total
CLSC ARTHUR-BUIES				133	1	4	6			144
CLSC D'ARGENTEUIL			9	30		1	9			49
CLSC HAUTES-LAURENTIDES		1		2		2	34	3		42
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER		41		6	10	12				69
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT		3		53		5	16		1	78
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE		10		44	1	12	33		1	101
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES	2		1	56			7			66
Total	2	55	10	324	2	34	117	3	2	549

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
 source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Chirurgies pour le cancer colorectal (CIM-9 = 153, 154 et 158) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Lanaudière	Laval	Montréal-Centre	Montréal-Centre	Outaouais	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Total
CLSC ARTHUR-BUIES		2			59		2		4			67
CLSC D'ARGENTEUIL				17								17
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	11	1			1				8	2		23
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER			41		3				2			46
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT		24		1	4				6			35
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE			14		11	1	22		10		1	59
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES		24						1				25
Total	11	51	55	18	78	1	24	1	30	2	1	272

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
 source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

Chirurgies pour le cancer du poumon (CIM-9 = 162, 163 et 165) selon le territoire local de résidence de la personne et le CH de l'hospitalisation, 2002-2003

Territoire de CLSC de la personne	Centre De Mont-Laurier	CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre Hospitalier Saint-Eustache	Établissement de santé d'Argenteuil	Hotel-Dieu de Saint-Jérôme	Montréal-Centre	Montréal-Centre	Québec	Total
CLSC ARTHUR-BUIES					62		8	1	71
CLSC D'ARGENTEUIL				3	18		5		26
CLSC HAUTES-LAURENTIDES	2				4		24		30
CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER							33		33
CLSC-CHSLD DES PAYS-D'EN-HAUT		1		1	10	1	4		17
CLSC-CHSLD THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE			4		20		32		56
CLSC-CHSLD DES TROIS VALLÉES		4			18		2		24
Total	2	5	4	4	132	1	108	1	257

* Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour
 source de données : APR-DRG, MSSS 2002-2003

La chimiothérapie

Dans les Laurentides, la chimiothérapie n'est offerte que dans trois établissements; l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le CH-CLSC-CHSLD Des Sommets et le CH et CR Antoine-Labelle. Plusieurs CLSC de la région, notamment Arthur-Buies, Thérèse-de-Blainville, Argenteuil et Trois-Vallées peuvent offrir la chimiothérapie à domicile.

La radiothérapie

Bien qu'un projet de centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été déposé au MSSS en 1999, il n'existe pas encore de service de radio-oncologie dans la région des Laurentides. En 2001, les 975 personnes pour lesquelles un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, ont été traité majoritairement dans les établissements montréalais. Plus particulièrement, 47 % de ces personnes ont reçu leurs traitements à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 22 % à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 14 % à L'Hôtel-Dieu du CHUM et 9 % à l'Hôpital général de Montréal. Le 8 % excédentaires de ces personnes ont été traitées dans d'autres centres hospitaliers de Montréal, de Québec, de Trois-Rivières et de l'Outaouais.

Personnes traitées en radio-oncologie par département de radio-oncologie pour la région de résidence des Laurentides, 2001¹⁴³

Région de résidence	CHRR	CHS	CHUQ (HDQ)	CHRT	CHUS	CHUM (HND) (HDM)		CUSM (HGM) (HRV)		HGJ	HMR	CHVO	Total Québec	Ontario
Laurentides	*	*	9	8	*	218	137	87	9	39	455	9	975	*

* Chiffre inférieur à 5.

CHRR : Centre hospitalier régional de Rimouski ;

CHS : Complexe hospitalier de la Sagamie ;

CHUQ (HDQ) : Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôtel-Dieu de Québec) ;

CHRT : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ;

CHUS : Centre hospitalier de l'universitaire de Sherbrooke ;

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal ; HND : Hôpital Notre-Dame ; HDM : Hôtel-Dieu de Montréal ;

CUSM : Centre universitaire de santé McGill ; HGM : Hôpital général de Montréal ; HRV : Hôpital Royal Victoria ;

HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis ;

HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont ;

CHVO : Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais.

Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2003.

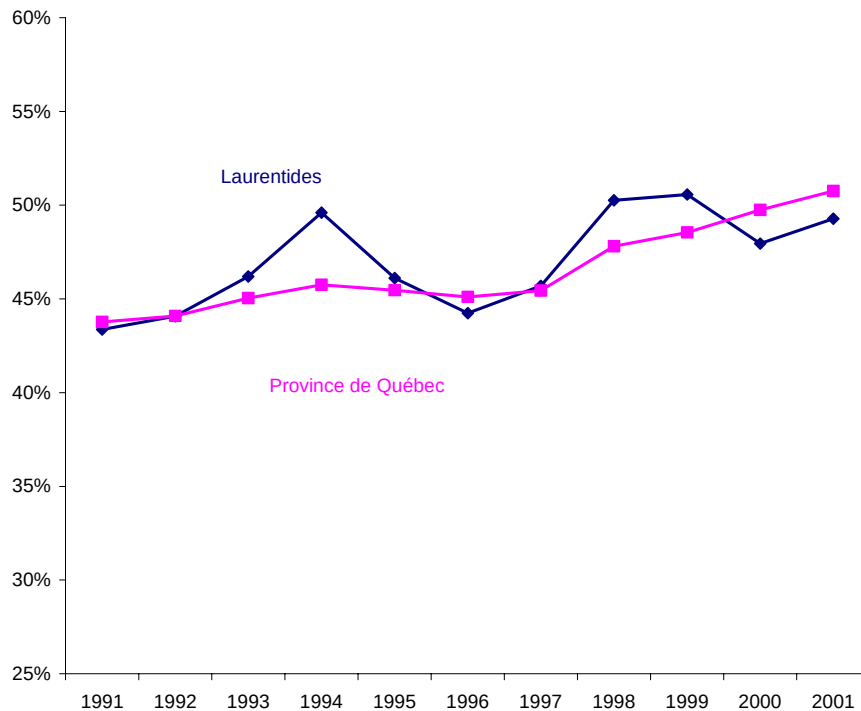
Afin de mieux connaître l'accès aux services de radio-oncologie, le MSSS a mis au point un indicateur¹⁴⁴ : il s'agit de la proportion des personnes atteintes du cancer pouvant bénéficier d'un traitement en radiothérapie. La figure ci-dessous nous indique, qu'en 2001, l'indicateur portant sur l'accès aux services

¹⁴³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 21.

¹⁴⁴ L'indicateur correspond au nombre de patients traités en radiothérapie transcutanée et en curithérapie par année civile divisé par le nombre de nouveau cas prévus. Pour calculer ce dernier nombre, on a multiplié le taux d'incidence brut (par âge et par sexe) par les projections démographiques provenant du recensement de 1996. Quant au taux d'incidence, les mêmes taux par âge et par sexe sont appliqués à toutes les régions sociosanitaires. Source : François Grenier, Direction des affaires médicales et universitaires, MSSS. Cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 81.

en radiothérapie pour les personnes provenant des Laurentides augmente et atteint 49 %, assez près du taux provincial de 51 %.

Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région des Laurentides



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

Annexe I A Questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie : printemps 2003

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ÉTABLISSEMENTS

IDENTIFICATION

NOM :

PRÉNOM :

FONCTION

TÉLÉPHONE :

administrateur

infirmière

médecin

pharmacien

psychologue

travailleur social

autre, précisez

TÉLÉCOPIEUR :

COURIER ÉLECTRONIQUE :

ÉTABLISSEMENT :

Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle

Annonciation

Mont-Laurier

Centre hospitalier Laurentien

Centre hospitalier Saint-Eustache

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

CLSC et Hôpital Argenteuil

CLSC Arthur-Buies

CLSC Hautes-Laurentides

CLSC Jean-Olivier-Chénier

CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut

CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville

CLSC-CHSLD Des Trois-Vallées

CHSLD Deux-Montagnes Inc.

CHSLD Boisé Sainte-Thérèse Inc.

Résidence de Lachute

CHSLD de la Rivière du Nord

CHSLD de la Rive et de Mirabel

Manoir Oka Inc.

Société en commandite Centre d'accueil l'Ermitage

Villa Soleil

ORGANISATION DU TRAVAIL

1- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, LES CAS SUSPECTÉS DE CANCER SONT-ILS JUGÉS PRIORITAIRES POUR ACCÉDER À UN SPÉCIALISTE EN CLINIQUE EXTERNE?

oui, précisez de quelle manière

non

ne s'applique pas

2- EN MOYENNE, QUEL EST LE DÉLAI POUR ACCÉDER À UN SPÉCIALISTE?

dans la semaine

dans la semaine suivante

dans les deux semaines suivantes

dans les trois semaines suivantes

autre, précisez

ne s'applique pas

3- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE CLINIQUE EXTERNE D'HÉMATO-ONCOLOGIE?

oui

non

4-SI OUI, COMBIEN DE JOURS PAR SEMAINE EST-ELLE DISPONIBLE POUR LA CLIENTÈLE?

1 4 7

2 5

3 6

5- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE UNITÉ D'HÉMATO-ONCOLOGIE?

oui

non

6- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, DES CHIRURGIENS OPÈRENT-ILS DES CAS DE CANCER?

oui, combien de chirurgiens

non

7- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE¹⁴⁵ EN ONCOLOGIE?

oui

non

¹⁴⁵ Nous entendons par interdisciplinarité un véritable travail d'équipe effectué en étroite collaboration, ou chacun des membres a un rôle dans le continuum des soins et ce, sans duplication avec les autres intervenants de l'équipe. Les membres de l'équipe parviennent à une vue d'ensemble leur permettant de planifier, déterminer les priorités et décider en commun des objectifs et des interventions. Chacun prépare son plan d'intervention mais on s'entend en équipe pour une action concertée et coordonnée. Dans une équipe interdisciplinaire, le porte-parole pourrait être l'intervenant pivot.

8- SI OUI, DEPUIS COMBIEN DE TEMPS EST-ELLE FONCTIONNELLE?

moins d'un an depuis 3 ans
depuis 1 an depuis 4 ans
depuis 2 ans plus de 5 ans

9- QUELS TYPES D'INTERVENANT EN FONT PARTIE?

DE MANIÈRE RÉGULIÈRE

DE MANIÈRE PONCTUELLE

infirmière
intervenant pivot¹⁴⁶
agent de liaison
omnipraticien
oncologue
chirurgien
pharmacien
psychologue
travailleur social
agent de pastorale
nutritionniste
ergothérapeute
physiothérapeute
inhalothérapeute
intervenant d'un CLSC
intervenant d'un CHSLD
intervenant d'un organisme communautaire
bénévoles
autre, précisez

10- SI NON, COMPTEZ-VOUS EN CONSTITUER UNE BIENTÔT?

oui
non

11- DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, AVEZ-VOUS UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE¹⁴⁷ EN ONCOLOGIE?

oui
non

12- AVEZ-VOUS DANS VOTRE CLSC UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS À DOMICILE?

oui, précisez quels types d'intervenants en font partie
non (passez à la question 18)
ne s'applique pas (passez à la question 18)

¹⁴⁶ Un intervenant pivot est une personne qui agit à titre de ressource facilement accessible pour la personne atteinte de cancer et ses proches, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Ce type d'intervenant offre soutien et information, de plus elle assure la continuité et la coordination des soins.

¹⁴⁷ Nous entendons par multidisciplinarité le fait que chaque professionnel accomplit sa tâche de manière indépendante. Chaque personne représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et assure le suivi. Dans une rencontre multidisciplinaire, chaque professionnel transmet l'information propre à sa discipline.

13- SI OUI, CES MEMBRES ONT-ILS UNE EXPERTISE CIBLÉE POUR INTERVENIR EN ONCOLOGIE OU EN SOINS PALLIATIFS?

oui
non

14- DES RENCONTRES FORMELLES DE VOTRE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE ONT-ELLES LIEU?

oui
non

15- À QUELLE FRÉQUENCE?

à toutes les semaines au mois
à toutes les 2 semaines autre fréquence, précisez
à toutes les 3 semaines

16- QUELS SONT LES SUJETS À L'ORDRE DU JOUR?

révision de tous les cas révision des cas litigieux
réorganisation du travail autre, précisez

17- L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE INTERVIENT À QUELLE(S) PHASE(S) DU CONTINUUM CANCER?

annonce du diagnostic
chimiothérapie
chirurgie
radio-oncologie
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

18- COMMENT SE FAIT L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?

par téléphone
par écrit
en personne
en personne avec un proche
en personne avec une infirmière ou un intervenant pivot
en personne avec un psychologue
en personne avec un proche et un intervenant (infirmière, intervenant pivot ou psychologue)
autre, précisez
ne s'applique pas

19- LES CLSC DE VOTRE TERRITOIRE SONT-ILS IMPLIQUÉS DANS LE SUIVI DE LA PERSONNE?

oui, précisez à l'intérieur de quel délai
non

20- À QUELLE(S) ÉTAPE(S) SONT-ILS IMPLIQUÉS?

annonce du diagnostic
traitement
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

21- QUELS SONT LES SERVICES OFFERTS PAR LE CLSC?

services médicaux 24/7
soins infirmiers 24/7
répit/gardiennage
soins d'hygiène
préparation des repas
ménage/lessive
approvisionnement
soutien individuel
soutien de groupe
séance d'information
documentation/information
prêt d'équipement
visite à l'hôpital
traitement à domicile
aide pour le transport
autre, précisez
ne sais pas

22- DE FAÇON GÉNÉRALE, DANS QUEL DÉLAI LE CLSC OFFRE LES SERVICES SUIVANTS?

délai pour les services médicaux
délai pour les soins infirmiers
délai pour les services psychosociaux
délai pour les services de réadaptation
délai pour le soutien à domicile (hygiène, repas, etc)

23- EXISTE-T-IL À VOTRE CLSC UNE TROUSSE D'URGENCE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

oui, précisez son contenu
non
ne sais pas

24- LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU TERRITOIRE SONT IMPLIQUÉS?

oui, précisez lesquels
non

25- À QUELLE(S) ÉTAPE(S) SONT-ILS IMPLIQUÉS?

annonce du diagnostic
traitement
suivi
soins palliatifs
suivi de deuil

26- QUELS TYPES DE SERVICES CES GROUPES COMMUNAUTAIRES OFFRENT-ILS AUX PERSONNES ATTEINTES?

soutien individuel
soutien de groupe
séance d'information
documentation/information
prêt d'équipement
visite à l'hôpital
accompagnement à domicile
aide pour le transport
aide pour les travaux domestiques
autre, précisez
ne sais pas

27- COMMENT SE FONT LES RÉFÉRENCES POUR CES GROUPES COMMUNAUTAIRES?

courrier ou télécopieur
informatique
téléphonique
autre, précisez

28- LE MÉDECIN DE FAMILLE REÇOIT-IL L'INFORMATION PERTINENTE EN COURS DE TRAITEMENT (RÉSUMÉ DE DOSSIER, RAPPORT D'EXAMEN, ETC...)?

oui, précisez
parfois, précisez
non
ne s'applique pas

29- LE MÉDECIN DE FAMILLE REÇOIT-IL L'INFORMATION PERTINENTE LORSQUE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER A TERMINÉ SES TRAITEMENTS (RÉSUMÉ DE DOSSIER, RAPPORT D'EXAMEN, ETC...)?

oui, précisez
parfois, précisez
non
ne s'applique pas

30- EN COURS DE TRAITEMENT, SI LA PERSONNE ATTEINTE A UNE COMPLICATION, PEUT-ELLE ACCÉDER À UN SERVICE AUTRE QUE CELUI DE L'URGENCE?

oui, précisez
non

31- COMPTÉZ-VOUS SUR LES SERVICES D'UN INTERVENANT PIVOT?

oui
non

32- SI OUI, QUI REMPLIT CE MANDAT?

médecin
infirmière
psychologue
travailleur social
autre, spécifiez

33- L'INTERVENANT PIVOT, OU TOUT AUTRE INTERVENANT, PROCÈDE-T-IL À UNE ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER?

oui, précisez
non

34- REMETTEZ-VOUS À CHAQUE PERSONNE ATTEINTE DE CANCER?

journal de bord
fiche de traitements oncologiques
autre, précisez
aucun outil

35- SI NON, COMPTÉZ-VOUS DÉVELOPPER UN TEL OUTIL?

oui
non
ne s'applique pas

36- LE SOUTIEN EST-IL OFFERT DÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?

oui
non
parfois
ne s'applique pas

37- QUELS TYPES D'INTERVENANT OFFRENT LE SOUTIEN?

infirmière
intervenant pivot
agent de liaison
médecin
psychologue
travailleur social
agent de pastorale
bénévole
autre, précisez
ne s'applique pas

38- LES PROCHES SONT-ILS IMPLIQUÉS DANS LE SOUTIEN?

oui
non
parfois

39- DE L'INFORMATION ÉCRITE ET AUTRES RÉFÉRENCES SONT-ELLES REMISES À LA PERSONNE ATTEINTE ET À SES PROCHES?

oui, précisez lesquelles
non
parfois, précisez lesquelles

40- RÉFÉREZ-VOUS LES PERSONNES AUX GROUPES D'ENTRAIDE DE LEUR COMMUNAUTÉ?

oui, précisez lesquels
non
parfois, précisez lesquels

41- QUELS TYPES DE CONSULTATION AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL SONT DISPONIBLES DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?

psychologue
pharmacien
travailleur social
physiothérapeute
nutritionniste
inhalothérapeute
ergothérapeute
autre, précisez

42- UN SOUTIEN SPIRITUEL OU RELIGIEUX EST-IL OFFERT À LA PERSONNE ATTEINTE ET À SES PROCHES?

oui
non
parfois

43- POUR AVOIR ACCÈS À DES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS (CHIMIO, RADIO-ONCOLOGIE), AVEZ-VOUS DES ENTENTES DE SERVICES AVEC D'AUTRES CENTRES HOSPITALIERS?

oui, par corridors formels de services interétablissements
oui, par corridors informels de services interétablissements
autre, précisez
ne s'applique pas

44- PRÉCISEZ POUR QUEL(S) TYPE(S) DE SERVICES?

chimiothérapie standard ou plus complexe
radiothérapie
autre, précisez
ne s'applique pas

45- EN MOYENNE, LES TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE DÉBUTENT COMBIEN DE JOURS APRÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC?

moins de 5 jours
de 5 à 10 jours
de 10 à 15 jours
15 jours et plus
ne s'applique pas

46- COMMENT S'EFFECTUE L'AIDE AU TRANSPORT LORSQUE DES TRAITEMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIO-ONCOLOGIE DOIVENT AVOIR LIEU DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT LOIN DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE ATTEINTE?

avec des organismes communautaires, précisez lesquels
avez-vous signé des ententes avec ces organismes?
oui
non
avec des bénévoles de l'hôpital
autre, précisez
aucune aide n'est offerte
ne s'applique pas

47- COMMENT S'EFFECTUE LE SUIVI POST-TRAITEMENT?

des consultations aux 6 mois pour une durée déterminée par l'oncologue
des consultations déterminées par l'oncologue à perpétuité
des consultations aux 6 mois pour un an avec l'oncologue, transfert au médecin de famille par la suite
autre, précisez
ne s'applique pas

48- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS?

oui
non

49- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL DES LITS DÉDIÉS AUX SOINS PALLIATIFS?

oui, précisez combien
non

50- OFFREZ-VOUS DU SOUTIEN EN PHASE PALLIATIVE?

oui
non

51- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LORS DE LA PHASE PALLIATIVE?

oui
non

52- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, Y A-T-IL UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE LORS DE LA PHASE PALLIATIVE?

oui
non

53- QUELS TYPES D'INTERVENANTS SONT MEMBRES DE CETTE ÉQUIPE?
DE MANIÈRE RÉGULIÈRE *DE MANIÈRE PONCTUELLE*

infirmière
intervenant pivot
agent de liaison
médecin
pharmacien
psychologue
travailleur social
agent de pastorale
nutritionniste
ergothérapeute
physiothérapeute
inhalothérapeute
intervenant d'un CH
intervenant d'un CHSLD
intervenant d'un organisme communautaire
bénévoles
autre, précisez
ne s'applique pas

54- EST-CE QUE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE DEMANDE L'EXPERTISE DE L'ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR?

souvent
quelques fois
rarement
jamais
ne s'applique pas

55- À VOTRE CONNAISSANCE, Y A-T-IL D'AUTRES RESSOURCES À PART LE CENTRE HOSPITALIER QUI OFFRENT DES SERVICES D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU DES SERVICES DE SOINS PALLIATIFS?

CHSLD, précisez lesquels
maisons de soins palliatifs, précisez lesquelles
autre, précisez

56- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, UN SOUTIEN EN PÉRIODE DE DEUIL EST-IL OFFERT AUX PROCHES?

oui
non

57- AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT, UNE GARDE CLINIQUE 24H SUR 24H 7 JOURS SUR 7 EST-ELLE DISPONIBLE EN PHASE TRAITEMENT OU PALLIATIVE?

oui, précisez laquelle

non

58- SI OUI, QUELS TYPES D'INTERVENANT SONT DISPONIBLES?

oncologue

médecin

infirmière

pharmacien

autre, précisez

59- Y A-T-IL DES ACTIVITÉS DE FORMATION EN ONCOLOGIE OFFERTES AUX INTERVENANTS DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?

oui

non

60- SI OUI, À QUELLE FRÉQUENCE CETTE FORMATION EST-ELLE OFFERTE?

mensuelle

trimestrielle

semestrielle

annuelle

autre, précisez

61- SI NON, SOUHAITEZ-VOUS EN DÉVELOPPER?

oui

non

62- DES INTERVENANTS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT PARTICIPENT-ILS À DE LA RECHERCHE EN ONCOLOGIE?

oui

non

63- SI OUI, DANS QUELLE DISCIPLINE?

recherche clinique en oncologie

recherche clinique en pathologie oncologique

recherche clinique en psychologie

recherche clinique en pharmacie

recherche clinique en soins infirmiers

recherche clinique en sciences sociales

autre, précisez

64- LES INTERVENANTS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT UTILISENT-ILS DES GUIDES DE PRATIQUE?

oui, précisez lesquels

non

65- SI OUI, DANS QUELLE DISCIPLINE?

soulagement de la douleur
protocole de chimiothérapie
procédures chirurgicales
gestion des symptômes
autre, précisez

66- SI NON, SOUHAITERIEZ-VOUS EN AVOIR À VOTRE DISPOSITION?

oui
non

*S'IL-VOUS-PLAÎT, NOUS RETOURNER LE QUESTIONNAIRE PAR COURRIEL À L'ADRESSE
SUIVANTE :*

rene_lefebvre@ssss.gouv.qc.ca

AVANT LE 20 JUIN 2003

*Pour toute autre information additionnelle communiquez avec Isabelle Trépanier au 450 436 8622
poste 3276*

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

ANNEXE II PROFIL DE LA RÉGION DES LAURENTIDES : DONNÉES SOCIO SANITAIRES

Introduction

Cette deuxième annexe est consacrée au profil sociosanitaire de la région laurentidienne. On y retrouve de nombreux tableaux et figures présentant les caractéristiques de notre région et de sa population ayant toutes un lien avec la problématique du cancer. Voici donc la liste des thèmes qui sont abordés.

- Principales caractéristiques des sept territoires de CLSC ;
- Population des Laurentides et sa répartition sur le territoire;
- Perception de l'état de santé;
- Espérance de vie à la naissance;
- Habitudes de vie et maladies chroniques;
 - tabagisme
 - consommation d'alcool
 - consommation de fruits et légumes
 - fréquence des activités physiques
 - indice de masse corporelle
- Activités de dépistage;
 - taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
 - test de Papanicolaou (PAP)
 - antigène spécifique prostatique
- Taux ajusté d'incidence du cancer pour les quatre principaux sièges tumoraux (sein, poumon, colon-rectum, prostate);
- Taux ajusté de mortalité pour les quatre principaux sièges tumoraux (sein, poumon, colon-rectum, prostate);
- Les cancers pédiatriques.

Principales caractéristiques des sept territoires de CLSC

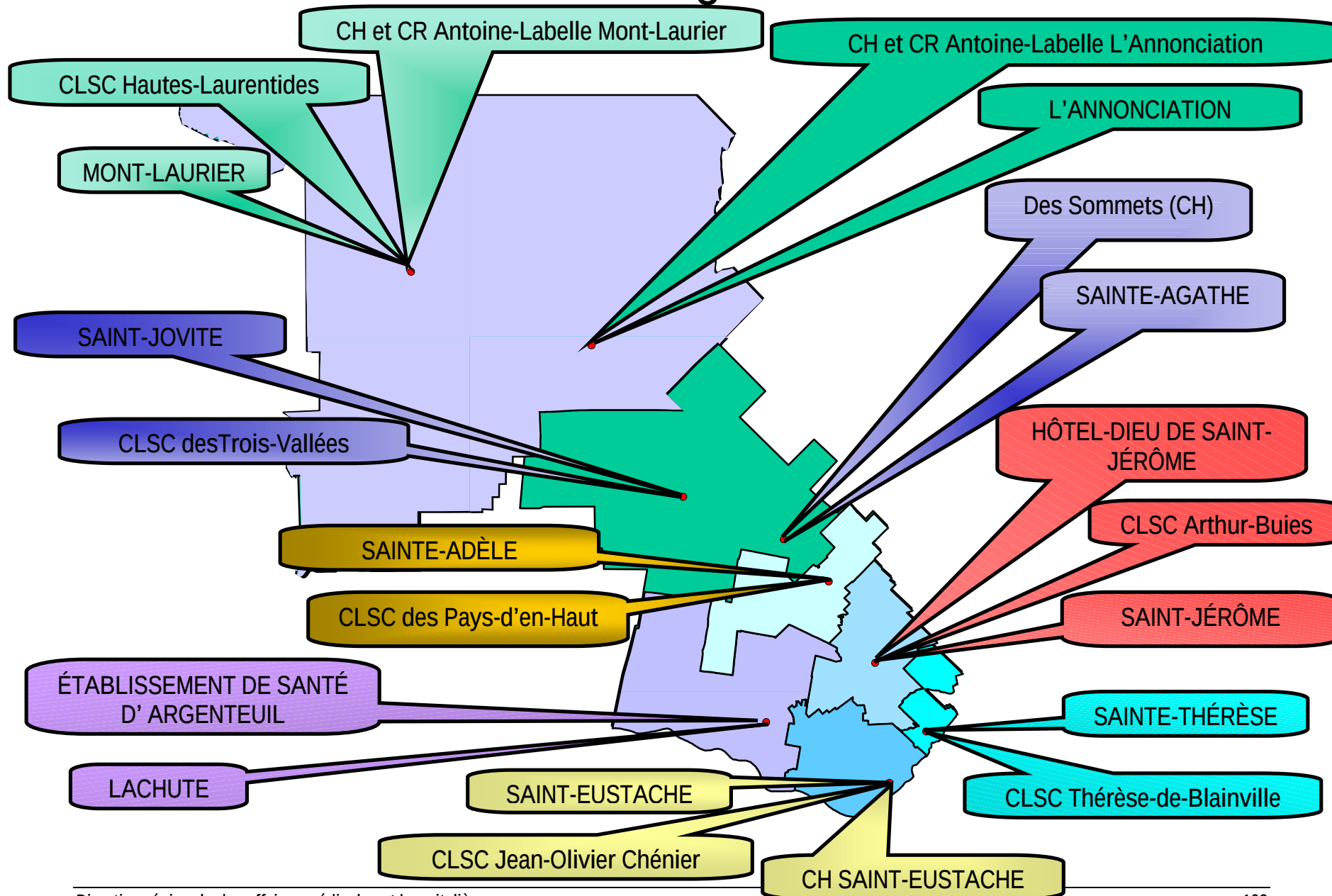
Pour mieux comprendre les besoins spécifiques de la région des Laurentides, il convient d'en connaître certaines caractéristiques. Il s'agit d'un territoire vaste et diversifié, qui s'étend de la banlieue nord de Montréal jusqu'aux portes de l'Abitibi. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver une gamme variée de contextes et de réalités. En fait, on y distingue trois grandes zones: le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Avec une population qui s'élevait à 474 890 habitants en 2001, la région des Laurentides vient au cinquième rang des régions sociosanitaires du Québec pour ce qui est du nombre de ses habitants. La densité de la population décroît du sud au nord, passant de 624 habitants par km² dans le territoire de CSLC Thérèse-de-Blainville (sud) à 6 habitants par km² dans le territoire de CSLC Hautes-Laurentides (nord). En 2004, la région des Laurentides compte 491 934 personnes. Le territoire de CLSC le plus peuplé est Thérèse-de-Blainville avec 139 726 personnes et celui ayant la population la moins élevée est Argenteuil avec 29 616 habitants.¹⁴⁸

À la page suivante vous pourrez consulter la carte des Laurentides et la répartition des centres hospitaliers et des CLSC.

¹⁴⁸ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC*, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie, Février 2004, page 3.

Établissements de la région des Laurentides



Voici plus en détails les principales caractéristiques des 7 territoires de CLSC des Laurentides et les Municipalités régionales de comtés (MRC) correspondantes¹⁴⁹.

Territoire du CLSC des Hautes-Laurentides (MRC d'Antoine-Labelle)

Se situe à l'extrême nord de la région des Laurentides, occupe une superficie de 5,800 km² dont la population totale est de 35 020 habitants (données 2001). Se distingue des autres territoires de la région par son étendue géographique, par son caractère essentiellement rural et une activité économique centrée sur l'exploitation forestière et les activités touristiques de « grande nature » (réserves fauniques, pourvoies, etc.)

C'est une population dont les habitudes d'échanges, de communication et de consommation se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels concernés par l'offre de service préventif et général destiné à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilitera un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de courte durée qui réalise 85,3 % des hospitalisations de niveau 1 requises par les habitants de ce territoire. Les médecins en cabinet privé ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire. Le CH et CR Antoine-Labelle regroupe plusieurs missions (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins de longue durée, centre de réadaptation en déficience intellectuelle et centre de réadaptation en santé mentale); un processus de fusion entre le CLSC des Hautes-Laurentides et le CH et CR Antoine-Labelle est en voie d'actualisation.

Territoire du CH-CLSC-CHSLD Des Sommets (MRC des Laurentides)

Se situe dans la partie nord de la région des Laurentides et s'étend sur une large superficie de 2,488 km² dont la population est de 39 762 habitants (données 2001). Cinquième territoire en importance de la région qui présente une géographie pittoresque (lacs, montagnes) et la présence de parcs à vocation récréotouristiques, l'activité économique y est fortement concentrée dans le secteur du tourisme. L'habitat du territoire est essentiellement de type rural avec deux zones de villégiature importantes, soit Sainte-Agathe et Mont-Tremblant. Ce territoire voit sa population doubler durant les périodes de villégiature : population résidente : 39 762 (données 2001) population saisonnière : + 29 817 (estimation 2002) pour un total de 69 579 en saison touristique.

En ce qui concerne la population résidente permanente, elle a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels destinés à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilitera un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un établissement avec des missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de centre local de services communautaires, et de centre d'hébergement et de

¹⁴⁹ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Définition de territoires et désignation des instances locales*, Février 2004, pp. 5-11.

soins de longue durée. La mission hospitalière réalise 83,5 % des hospitalisations de niveau 1 requises par la population locale. Les médecins en cabinet privé de ce territoire ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire.

Territoire du CLSC-CHSLD des Pays-D'en-Haut (MRC des Pays-d'en-Haut)

Situé au-delà de la couronne nord de Montréal, à la frontière est de la région des Laurentides, ce territoire s'étend sur une superficie de 690 km² dont la population est de 32 184 habitants (données 2001). Deuxième territoire moins peuplé de la région, son activité économique est fortement concentrée dans le secteur récréotouristique et ce, à cause de sa géographie de lacs et de montagnes. Ce territoire se caractérise par des habitats qui s'apparentent aux zones de villégiature (chalets) et aussi, à certains égards aux zones urbaines et suburbaines notamment dans les municipalités de Sainte-Adèle et de Saint-Sauveur des Monts.

Aucun centre hospitalier de soins généraux et spécialisés n'est présent sur le territoire. Les habitudes de consommation de la population de ce territoire face à des services d'hospitalisation de premier niveau illustrent que les habitants de ce territoire vont vers le centre hospitalier de Sainte-Agathe dans une proportion de 51,6 %, vers le centre hospitalier de Saint-Jérôme dans une proportion de 29,0 % et hors région pour le reste.

Les médecins en cabinet privé de Sainte-Adèle et des municipalités situées au nord de celles-ci ont davantage l'habitude de référer vers le centre hospitalier de Sainte-Agathe alors que ceux situés dans les municipalités de Saint-Sauveur, Piedmont, réfèrent davantage vers le centre hospitalier de Saint-Jérôme. Il faut noter qu'il y a des modifications au niveau de la population de cette MRC laquelle est grandement influencée par une population saisonnière (touristes) : population résidente : 32 184 (données 2001) population saisonnière : + 20 219 (estimation 2002) pour un total de 52 403 en saison touristique.

Territoire du CLSC Arthur-Buies et CHSLD de la Rivière du Nord (MRC de la Rivière du Nord et partie nord de la MRC de Mirabel)

Situé au-delà de la couronne nord de Montréal, ce territoire s'étend sur une superficie de 636 km² dont la population est de 106 772 habitants (données 2001). Deuxième territoire en importance dans la région il se distingue des autres territoires de la région par la diversité de ses habitats : zone urbanisée au centre Saint-Jérôme et une zone de type rurale, comme par exemple Saint-Hippolyte.

La population de ce territoire a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilite un réseautage entre eux.

Une particularité propre à ce territoire est la présence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ayant un mandat régional pour les hospitalisations de niveau 2. Le centre hospitalier de Saint-Jérôme réalise 84 % des hospitalisations de niveau 1 requise par la population du territoire Rivière du Nord et nord de Mirabel.

Le centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est donc un centre hospitalier régional qui joue également un rôle de centre hospitalier de proximité pour la clientèle de la MRC Rivière du Nord et partie nord de Mirabel.

Les médecins en cabinet privé ont des habitudes de référence vers les plateaux techniques et les services hospitaliers de niveau 1 clairement identifiés vers Saint-Jérôme.

Territoire du CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville (MRC de Thérèse-de-Blainville)

Situé au sud de la région des Laurentides, dans la couronne nord de Montréal. Même si ce territoire est le plus petit en superficie, 203 km², c'est là que la densité de la population est la plus élevée avec ses 134 013 habitants (données 2001), la MRC de Thérèse-de-Blainville est le territoire le plus peuplé de la région. Compte tenu de sa proximité avec Montréal, il comporte une activité économique fortement intégrée à celle de la métropole.

Il est plus difficile d'affirmer que cette population a des habitudes d'échanges, de communication et de consommation clairement définies à l'intérieur des limites géographiques de ce territoire.

Sur ce territoire, aucune présence d'un centre hospitalier de soins généraux. Le profil des habitudes de consommation des habitants de ce territoire pour des services d'hospitalisation de niveau local nous indique clairement qu'elles sont fragmentées entre trois pôles : 21,8 % des hospitalisations se réalisent à Saint-Jérôme, 35,5 % à Saint-Eustache, et 43,7 % à l'extérieur de la région des Laurentides. Du 43,7 % des hospitalisations réalisées à l'extérieur de la région, 22,6 % des hospitalisations sont réalisées par La Cité de la Santé de Laval.

Quant aux médecins en cabinet privé, leurs habitudes de référence vers les plateaux techniques et les services d'hospitalisations se répartissent de façon majoritaire vers le centre hospitalier le plus proche de leur lieu de pratique, soit : Laval, Saint-Eustache, et Saint-Jérôme sauf pour les médecins oeuvrant à Sainte-Thérèse qui réfèrent leurs patients de façon similaire vers le centre hospitalier de Saint-Eustache et le centre hospitalier de Saint-Jérôme.

Territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD de la Rive et de Mirabel (MRC de Deux-Montagnes et partie sud de la MRC de Mirabel)

Situé dans la partie sud de la région des Laurentides et faisant partie de la couronne nord de Montréal, ce territoire, avec une population de 98 030 habitants (données 2001), s'étend sur une superficie de 542 km².

Troisième territoire en importance de la région au plan de la population, il se caractérise par la variété de ses habitats (zones urbaines, suburbaines, rurales et de villégiature) mais aussi par la diversité de son activité économique, entre l'agriculture, l'activité commerciale, l'industrie manufacturière, le récréotourisme et les services professionnels.

La population de ce territoire a des habitudes de d'échanges, de communication et de consommation qui se situent principalement dans ce territoire. Les services des autres acteurs intersectoriels concernés par l'offre de service préventif et général destiné à la population sont organisés en fonction des limites géographiques de ce territoire ce qui facilite un réseautage entre eux.

Il y a présence dans le territoire d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui actualise 73 % des hospitalisations de niveau 1 requise par les habitants de ce territoire. Les médecins en cabinet privé de ce territoire ont des comportements de référence clairement établis vers les plateaux techniques disponibles dans le centre hospitalier de ce territoire.

Territoire de l'Établissement de santé d'Argenteuil (MRC d'Argenteuil)

Ce territoire se situe au sud-ouest de la région des Laurentides. Sa superficie est de 1259 km² avec une population de 29 105 habitants (données 2001); il s'agit du territoire le moins peuplé de la région.

Argenteuil présente la plus forte proportion de personnes de langue maternelle anglaise. Il se situe tout près de la frontière ontarienne ce qui tend à favoriser une consommation vers l'Ontario plutôt qu'au Québec. On peut donc constater un certain élément de fragilisation au niveau des habitudes d'échanges de consommation et de communication et souhaiter les maintenir au Québec. Au plan économique, les secteurs tertiaire (ex. : services) et primaire (ex. : agriculture) y occupent plus des trois quarts de l'activité industrielle.

Population des Laurentides et sa répartition sur le territoire

Répartition de la population selon le sexe en nombre, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 2004¹⁵⁰

Territoire de CLSC	Hommes	Femmes	Total
	n		
Jean-Olivier-Chénier ¹	50 349	50 766	101 115
Thérèse-de-Blainville	69 927	69 799	139 726
Hautes-Laurentides	17 887	17 159	35 046
Arthur-Buies	55 773	56 416	112 189
Pays-d'en-Haut	16 533	16 633	33 166
Trois Vallées ²	20 519	20 557	41 076
Argenteuil	14 694	14 922	29 616
Les Laurentides	245 682	246 252	491 934
Le Québec	3 690 742	3 792 607	7 483 349

¹ Les données concernant la population des réserves de Kanesatake ne sont pas disponibles.

² Les données concernant la population de la réserve de Doncaster 17 ne sont pas disponibles.

Source : Institut de la statistique du Québec (2000), Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021

¹⁵⁰ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie*, Février 2004.

Répartition de la population selon l'âge et le sexe en nombre, par le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 2004

Territoire de CLSC	Hommes			Femmes			Total		
	0-14 ans	15-64 ans	65+ ans	0-14 ans	15-64 ans	65+ ans	0-14 ans	15-64 ans	65+ ans
	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Jean-Olivier-Chénier ¹	10 718	35 847	3 784	10 113	35 555	5 098	20 831	71 402	8 882
Thérèse-de-Blainville	15 483	50 024	4 420	14 681	49 236	5 882	30 164	99 260	10 302
Hautes-Laurentides	2 650	12 445	2 792	2 639	11 559	2 961	5 289	24 004	5 753
Arthur-Buies	10 743	39 738	5 292	10 416	39 016	6 984	21 159	78 754	12 276
Pays-d'en-Haut	2 098	11 138	3 297	2 086	11 127	3 420	4 184	22 265	6 717
Trois Vallées ²	3 062	14 017	3 440	2 886	13 857	3 814	5 948	27 874	7 254
Argenteuil	2 381	9 913	2 400	2 278	9 745	2 899	4 659	19 658	5 299
Les Laurentides	47 135	173 122	25 425	45 099	170 095	31 058	92 234	343 217	56 483
Le Québec	649 066	2 619 402	422 274	623 124	2 578 952	590 531	1 272 190	5 198 354	1 012 805

¹ Les données concernant la population des réserves de Kanesatake ne sont pas disponibles.

² Les données concernant la population de la réserve de Doncaster 17 ne sont pas disponibles.

Source : Institut de la statistique du Québec (2000), Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021

Entre 1991 et 2001, la population des Laurentides s'est accrue de 21,3 %, comparativement à 4,7 % pour l'ensemble du Québec (ISQ, 2002). Les projections démographiques laissent entrevoir un taux d'accroissement de la population de la région de 11,2 % entre 2001 et 2011, un taux plus de trois fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (prévu à 3,3 % pour la même période). Cette croissance devrait se manifester de façon marquée dans le centre de la région, particulièrement dans le territoire du CLSC Arthur-Buies (centre), où on s'attend à une augmentation de 15,1 % de la population. Dans le centre-nord (territoires du CLSC Pays-d'en-Haut et du CLSC des Trois-Vallées), où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés, des dizaines de milliers de résidents saisonniers viennent gonfler les effectifs de la population locale. Par contre, la croissance démographique s'annonce presque nulle dans le nord, avec un taux prévu de 1,7 % pour le territoire du CLSC Hautes-Laurentides (nord).¹⁵¹

¹⁵¹ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique, *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir...* DOCUMENT DE TRAVAIL, Version Février 2004, 66 pages.

Perception de l'état de santé¹⁵²

Définition : L'évaluation de l'état de santé résulte d'une perception personnelle. Il s'agit d'une auto-évaluation de l'état de santé général caractérisé non seulement par l'absence de maladie mais également par un bien-être physique, mental et social. La question posée est : « En général, diriez-vous que votre santé est...? ».

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la perception de l'état de santé, la région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

État de santé	Laurentides	Le Québec
	%	
Excellente	29,7	28,3
Très bonne	35,1	32,9
Bonne	26,2	27,7
Passable/mauvaise	9,0	11,1
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Une grande partie de la population de 12 ans ou plus des Laurentides estime que leur santé est de très bonne à excellente (64,8 %). Une proportion significativement plus faible de la population de 12 ans ou plus des Laurentides (9,0 %) que celle du Québec (11,1 %) trouve leur santé passable ou mauvaise.

Espérance de vie à la naissance¹⁵³

Définition : Nombre d'années additionnelles à vivre à la naissance. Dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif arbitraire de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée.

¹⁵² AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 2-Naissance, Morbidité et Mortalité*, Février 2004, page 3.

¹⁵³ Ibid, pp. 5-6.

Espérance de vie à la naissance, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Nombre d'années			
Jean-Olivier-Chénier	72,5	74,3	74,3	75,5
Thérèse-de-Blainville	73,8	74,3	74,9	75,8
Hautes-Laurentides	71,5	72,0	72,5	74,9
Arthur-Buies	71,6	72,0	73,6	73,4
Pays-d'en-Haut	72,4	74,3	74,2	77,4
Trois Vallées	71,3	73,1	74,4	74,8
Argenteuil	70,8	72,9	73,0	73,8
Les Laurentides	72,3	73,5	74,2	75,0
Le Québec	72,5	73,7	74,5	75,2

Source : MSSS fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

Un écart de 0,2 année se maintient entre l'espérance de vie des hommes du Québec et celle des hommes des Laurentides. L'espérance de vie des hommes des Laurentides, comme celle des hommes du Québec, a augmenté de 2,7 années entre 1986-1989 et 1997-1999. À l'échelle des territoires de CLSC, le gain le plus important a été fait dans Pays-d'en-Haut (5 années) et le plus faible dans Arthur-Buies (1,8 année).

Espérance de vie à la naissance, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Nombre d'années			
Jean-Olivier-Chénier	78,9	80,2	80,1	80,3
Thérèse-de-Blainville	80,9	80,6	81,4	80,6
Hautes-Laurentides	79,9	81,8	81,2	80,3
Arthur-Buies	79,6	80,3	79,5	79,2
Pays-d'en-Haut	79,4	80,1	81,6	81,6
Trois Vallées	79,3	79,9	79,5	81,8
Argenteuil	77,7	79,7	79,3	80,6
Les Laurentides	79,6	80,4	80,4	80,5
Le Québec	80,1	81,0	81,2	81,4

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

Bien qu'elle ait connu une certaine croissance entre 1986-1989 et 1997-1999, l'espérance de vie des femmes des Laurentides demeure inférieure (80,5 années) à celle des femmes du Québec (81,4 années). Pour la même période à l'échelle des territoires de CLSC, les variations ont évolué différemment : les femmes d'Argenteuil ont connu une croissance importante de leur espérance de vie avec un gain de 2,9 années, alors que les femmes de deux territoires de CLSC voient leur espérance de vie reculer (Arthur-Buies : -0,4 année et Thérèse-de-Blainville : -0,3 année).

Habitudes de vie et maladies chroniques¹⁵⁴

Le tabagisme

Les types de fumeurs

fumeurs réguliers :	consommation d'au moins une cigarette par jour pendant les 30 jours qui ont précédé l'enquête.
fumeurs occasionnels :	consommation d'au moins une cigarette au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête.
anciens fumeurs :	désigne les personnes qui auparavant fumaient quotidiennement ou occasionnellement et qui ne fument pas du tout.
n'a jamais fumé :	désigne les personnes qui n'ont jamais consommé toute une cigarette au cours de leur vie.

On estime que près de 27,7 % des Laurentidiens de 12 ans ou plus fument régulièrement et que 39,6 % sont d'anciens fumeurs. Une proportion significativement inférieure de la population de 12 ans ou plus des Laurentides (29,3 %), par rapport à celle du Québec (32,8 %), n'a jamais fumé.

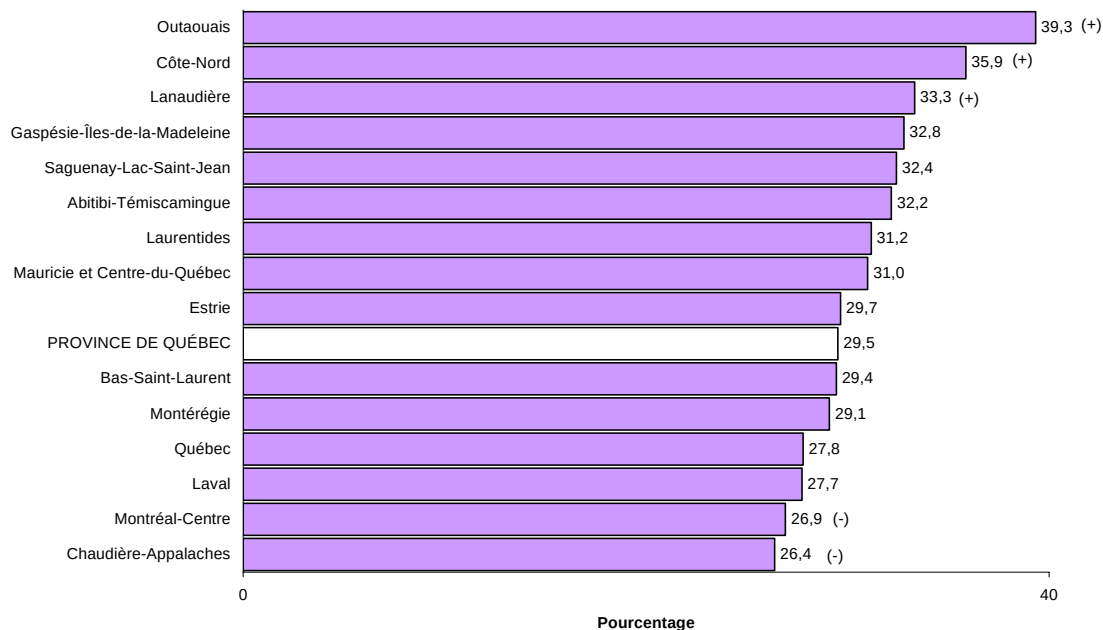
Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Type de fumeur	Laurentides	Le Québec
	%	
Fumeur régulier	27,7	24,9
Fumeur occasionnel	3,5	4,6
Ancien fumeur	39,6	37,7
N'a jamais fumé	29,3	32,8
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

¹⁵⁴ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004, 33 pages.

Proportion de fumeurs actuels de 12 ans et plus au Québec, 2000-2001¹⁵⁵



(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur et selon le sexe, région des Laurentides, 2000-2001

Type de fumeur	Hommes	Femmes
	%	
Fumeur régulier	26,5	28,8
Fumeur occasionnel	4,4*	2,6*
Ancien fumeur	40,9	38,2
N'a jamais fumé	28,2	30,4
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

¹⁵⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 37.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le type de fumeur et selon le groupe d'âge, région des Laurentides, 2000-2001

Type de fumeur	12-19 ans	20-24 ans	25- 44 ans	45-64 ans	65 ans +
	%				
Fumeur régulier	21,4*	24,0*	31,1	32,5	13,3*
Fumeur occasionnel	**	**	4,4*	**	**
Ancien fumeur	18,7*	22,6*	33,6	50,6	61,1
N'a jamais fumé	54,4	44,2	30,9	15,7	24,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

** Estimation inacceptable, coefficient de variation > 33,3 %

Bien que plusieurs estimations soient imprécises, des tests statistiques effectués sur des regroupements d'âges permettent de constater que la proportion de la population de 25 à 64 ans des Laurentides est significativement plus élevée (31,7 %) que celle de l'ensemble des autres groupes d'âge (19 %) à se déclarer fumeur régulier.

Abandon de l'usage du tabac

Définition : délai depuis le moment où la personne a cessé de fumer jusqu'au moment de l'enquête. Les réponses concernent seulement les anciens fumeurs réguliers, c'est-à-dire ceux qui fumaient au moins une cigarette par jour.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon le moment d'arrêt de l'usage du tabac chez les anciens fumeurs réguliers, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Moment d'arrêt	Laurentides	Le Québec
	%	
Moins d'un an	11,3	12,6
1-2 ans	7,8	9,6
3-5 ans	8,3	9,4
Plus de 5 ans	72,6	68,4
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Exposition à la fumée secondaire la plupart des jours

Définition : exposition à la fumée secondaire la plupart des jours parmi les non-fumeurs. La question posée est : «Au cours du dernier mois, avez vous été exposé à la fumée des autres la plupart des jours?».

Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse selon l'exposition à la fumée secondaire la plupart des jours, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Exposition	Laurentides	Le Québec
	%	
Oui	42,9	34,4
Non	57,1	65,6
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Les non fumeurs de 12 ans ou plus des Laurentides sont, dans une proportion significativement plus importante, exposés à la fumée secondaire la plupart des jours (42,9 %) que ceux du Québec (34,4 %).

Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse étant exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Sexe	Laurentides	Le Québec
	%	
Hommes	44,2	36,2
Femmes	41,6	32,7

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Comme pour le Québec, et en bien plus forte proportion, les hommes non-fumeurs de 12 ans ou plus des Laurentides sont davantage exposés à la fumée secondaire la plupart des jours (44,2 %) que les femmes non fumeuses de 12 ans ou plus (41,6 %).

Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse étant exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Groupe d'âge	Laurentides	Le Québec
	%	
12-19 ans	56,5	50,1
20-24 ans	57,5	47,9
25-44 ans	42,1	35,1
45-64 ans	43,2	32,3
65 ans +	26,7	19,7

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

C'est parmi les groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, que la population de 12 ans ou plus non fumeuse des Laurentides compte des proportions de personnes exposées à la fumée secondaire (42,1 % et 43,3 %) significativement plus importantes que celles du Québec (35,1 % et 32,3 %).

Exposition à la fumée secondaire à la maison

Définition : fait de déclarer être exposé à la fumée secondaire à la maison parmi les non fumeurs qui sont exposés à la fumée secondaire la plupart des jours.

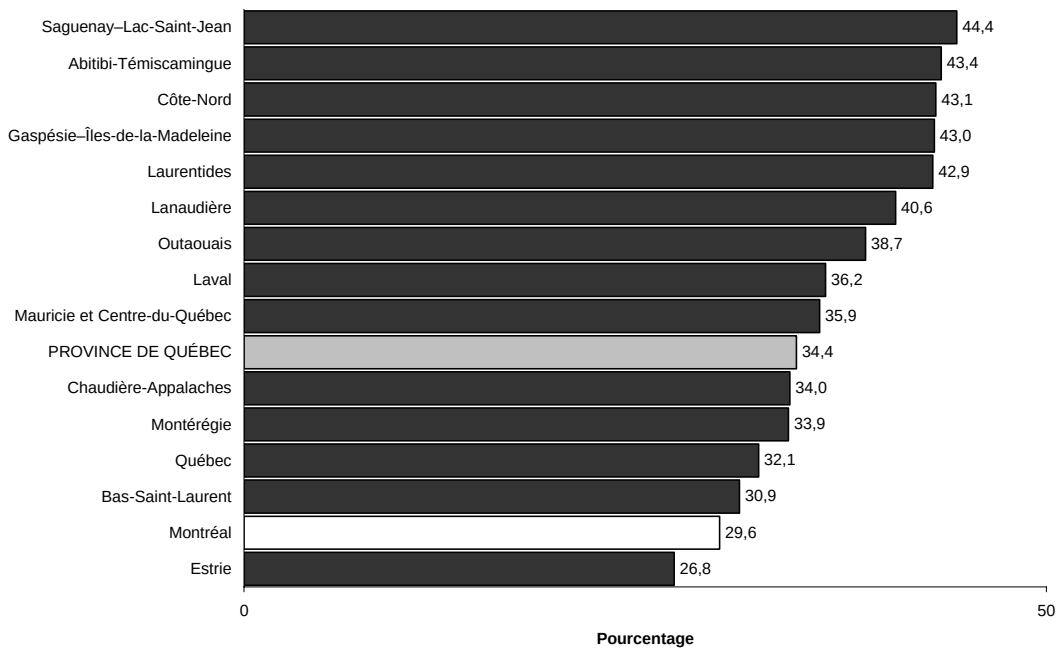
Proportion de la population de 12 ans ou plus non fumeuse exposée à la fumée secondaire la plupart des jours selon l'exposition à la fumée secondaire à la maison au cours du dernier mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Exposition	Laurentides	Le Québec
	%	
Oui	55,1	50,3
Non	44,9	49,7
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Plus de la moitié des non fumeurs des Laurentides, âgés de 12 ans ou plus des Laurentides (55,1 %), sont exposés à la fumée secondaire à la maison la plupart des jours.

Proportion de non fumeurs de 12 ans et plus régulièrement exposés à la fumée secondaire au cours du mois précédant l'enquête, Québec, 2000-2001¹⁵⁶



(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05.

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001*, Statistique Canada.

La consommation d'alcool

Consommation de 5 verres ou plus d'alcool dans une même occasion

Définition : fait de déclarer avoir consommé 5 consommations d'alcool dans une même occasion au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

¹⁵⁶ Loc. cit.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence de consommation de 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au cours des 12 derniers mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Fréquence de consommation	Laurentides	Le Québec
	%	
Jamais	57,0	59,0
Moins d'une fois par mois	25,2	22,8
Une fois par mois	6,5	6,6
2-3 fois par mois	5,0	4,7
Une fois par semaine	4,0*	4,7
Plus d'une fois par semaine	2,4*	2,2
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

On ne constate aucun écart significatif entre les Laurentides et le Québec.

Consommation quotidienne de fruits et légumes

Définition : cet indice représente le nombre de personnes ayant déclaré avoir consommé moins de 5 portions ou 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la consommation quotidienne de fruits et de légumes, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Consommation de fruits et de légumes	Laurentides	Le Québec
	%	
Moins de 5 portions	52,6	57,7
5 portions ou plus	47,4	42,3
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour est significativement supérieure (47,4 %) à celle du Québec (42,3 %).

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour selon le sexe, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Sexe	Laurentides	Le Québec
	%	
Hommes	60,8	63,9
Femmes	44,6	51,8

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion des femmes de 12 ans ou plus des Laurentides qui consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour est significativement inférieure (44,6 %) à celle des femmes du Québec (51,8 %) et à celle des hommes des Laurentides (60,8 %).

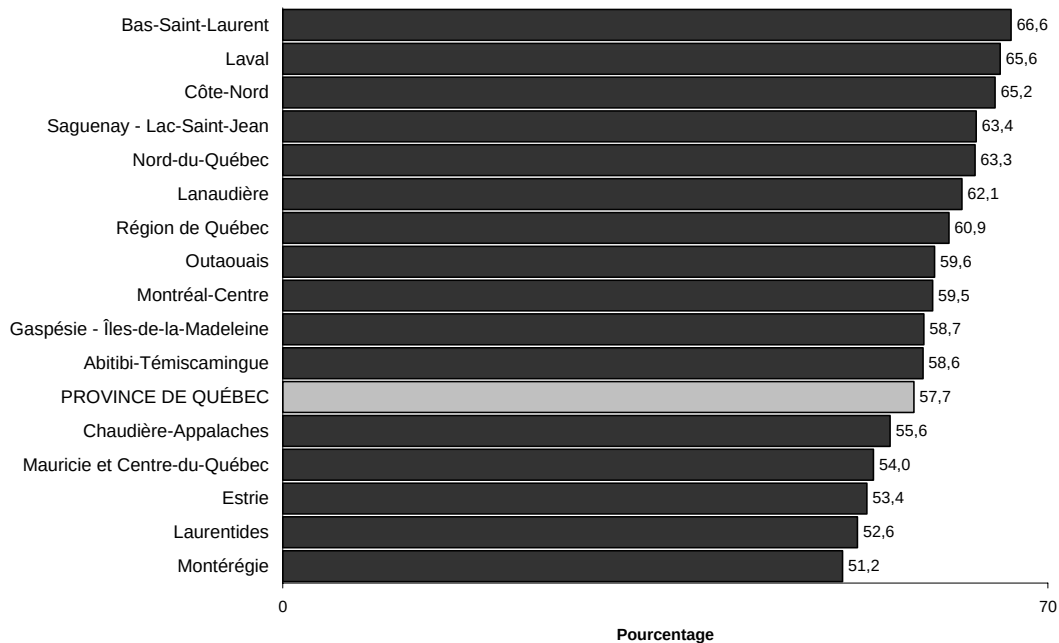
Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Groupe d'âge	Laurentides	Le Québec
	%	
12-19 ans	51,2	50,4
20-24 ans	64,1	58,9
25-44 ans	51,7	60,8
45-64 ans	54,1	59,1
65 ans +	47,0	52,3

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

La proportion des personnes de 25 à 44 ans des Laurentides qui consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour est significativement inférieure (51,7 %) à celle du même groupe d'âge du Québec (60,8 %). À l'examen des données par groupe d'âge dans les Laurentides, on constate que les 20 à 24 ans présente une proportion significativement supérieure (64,1 %) à celle des autres groupes d'âge et que celle des 65 ans ou plus est significativement inférieure (47,0 %) à la proportion des autres groupes d'âges.

Proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de cinq fruits et légumes par jour au Québec en 2000-2001¹⁵⁷



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000-2001, Statistique Canada.

Fréquence des activités physiques durant les loisirs

Définition : les activités physiques comptabilisées dans le calcul de la fréquence sont celles pratiquées pour une période minimale de 16 à 30 minutes. Ce qui distingue les types de pratique (régulière, occasionnelle, peu fréquente) est le nombre de fois qu'une personne déclare avoir fait des activités physiques, toutes activités de loisirs confondues. La pratique régulière réfère à 12 fois par mois, la pratique occasionnelle varie de 4 à 11 fois par mois et la pratique peu fréquente équivaut à 3 fois ou moins par mois.

¹⁵⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 47.

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence des activités physiques durant les loisirs au cours des trois derniers mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Fréquence des activités	Laurentides	Le Québec
	%	
Régulière	58,2	55,0
Occasionnelle	20,2	19,0
Rare	21,7	26,0
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On constate que la proportion de la population de 12 ans ou plus des Laurentides qui déclare faire rarement des activités physiques de loisirs est significativement inférieure (21,7 %) à celle du Québec (26,0 %)

Proportion de la population de 12 ans ou plus selon la fréquence des activités physiques durant les loisirs au cours des trois derniers mois et selon le sexe, région des Laurentides, 2000-2001

Fréquence des activités	Hommes	Femmes
	%	
Régulière	60,2	56,3
Occasionnelle	18,1	22,1
Rare	21,7	21,6
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On évalue que 60,2 % des hommes et que 56,3 % des femmes de 12 ans ou plus des Laurentides pratiquent régulièrement des activités physiques de loisirs.

Indice de masse corporelle

Définition : l'indice de masse corporelle (IMC) est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). Les normes ont été développées pour des individus en bonne santé âgés entre 20 et 64 ans qui ne présentent pas de condition physiologique particulière. Elles ne s'appliquent pas aux femmes enceintes ou celles qui allaitent. L'indice se répartit comme suit :

- Poids insuffisant (IMC < 20,0)
- Poids acceptable (normal) ($20,0 \leq \text{IMC} \leq 24,9$)
- Poids un peu excédentaire (léger surpoids) ($25,0 \leq \text{IMC} \leq 27,0$)
- Embonpoint (poids excessif) ($\text{IMC} > 27,0$)

Proportion de la population de 20 à 64 ans présentant de l'embonpoint selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Groupe d'âge	Laurentides	Le Québec
	%	
20-24 ans	25,9*	15,9
25-44 ans	28,6	27,1
45-64 ans	33,0	35,5

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

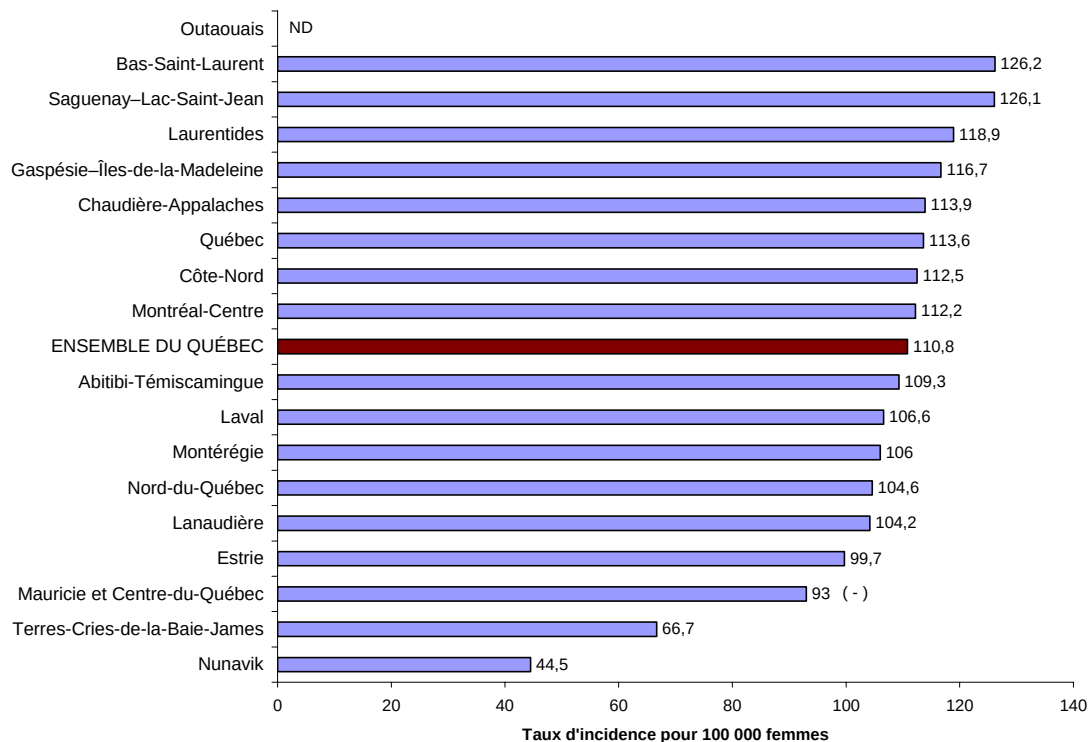
Signalons que la proportion de jeunes âgés de 20 à 24 ans des Laurentides présentant de l'embonpoint¹⁵⁸ est significativement supérieure (25,9 %) à celle du Québec (15,9 %).

Les activités de dépistage

Avant de présenter les données relatives aux activités du Programme québécois de dépistage du cancer du sein pour notre région, voyons où se situe les Laurentides par rapport aux autres régions du Québec quant à l'incidence du cancer du sein.

¹⁵⁸ L'indice de masse corporelle (IMC) est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). L'embonpoint (poids excessif) représente un $\text{IMC} > 27,0$.

Taux ajusté d'incidence du cancer du sein selon la région, Québec, 1994-1998¹⁵⁹



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

ND Non disponible.

Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS, 2002.

Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)¹⁶⁰

Définition : le taux de participation au PQDCS représente le nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans des Laurentides ayant passé une mammographie de dépistage dans le cadre du programme et ayant consenti à y participer, sur l'ensemble de la population admissible de la région au cours d'une période de 24 mois.

Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), pour une période de 24 mois, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Période de 24 mois	Laurentides	Le Québec
	%	%
Janvier 2000 à décembre 2001	37,0	43,4

Source : Rapport d'activité 2000-2001 du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS, 2003.

¹⁵⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, page 58.

¹⁶⁰ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004, pp 22-23.

On observe que le taux de participation de la population féminine visée des Laurentides est de 37 % alors que celui du Québec est de 43,4 %.

Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) selon le territoire de CLSC de résidence, par période de 24 mois, région des Laurentides, 2000-2001 et 2001-2002

Territoire de CLSC	Janvier 2000 à décembre 2001	Janvier 2001 à décembre 2002
	%	%
Jean-Olivier-Chénier	48,6	47,6
Thérèse-de-Blainville	43,9	45,6
Hautes-Laurentides	49,9	38,9
Arthur-Buies	46,3	47,5
Pays-d'en-Haut	21,5	22,7
Trois Vallées	7,6	7,9
Argenteuil	6,2	7,3

Sources : Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), 31 décembre 2001 et 31 décembre 2002, région des Laurentides.

Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ, moyennes ajustées 2000-2001 et 2001-2002.

Dans les territoires de CLSC des Pays-d'en-Haut, des Trois Vallées et d'Argenteuil, les femmes n'ont pas encore été toutes invitées. Il faudra attendre en 2004 pour que toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans aient reçu une lettre d'invitation les incitant à participer au programme. Cela explique, du moins en partie, le faible taux de participation des femmes de ces territoires.

Taux de participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) selon le territoire de CLSC de résidence et selon le groupe d'âge pour une période de 24 mois, région des Laurentides, 2001-2002

Territoire de CLSC	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans
	%			
Jean-Olivier-Chénier	48,7	50,0	46,8	41,6
Thérèse-de-Blainville	48,7	45,5	44,6	39,5
Hautes-Laurentides	41,0	39,9	39,2	33,1
Arthur-Buies	49,4	49,3	46,2	42,6
Pays-d'en-Haut	23,5	23,5	22,5	20,6
Trois Vallées	7,0	9,6	8,2	6,1
Argenteuil	7,6	9,2	6,1	5,3
Les Laurentides	39,5	38,3	35,6	31,3

Sources : Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), 31 décembre 2001 et 31 décembre 2002, région des Laurentides.

Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ, moyennes ajustées 2000-2001 et 2001-2002.

Le même commentaire qu'à l'indicateur précédent s'applique. De plus, on constate que le taux de participation au PQDCS, pour la région, décroît avec l'âge.

Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région des Laurentides

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Saint-Eustache	Clinique de radiologie Saint-Eustache ¹	✓	
Saint-Eustache	CH Saint-Eustache		✓
Mont-Laurier	CH et CR Antoine-Labelle	✓	
Saint-Jérôme	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	✓	

1. Clinique de radiologie privée.

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

Test de Papanicolaou (PAP)

Définition : déclaration du temps écoulé depuis le dernier test de PAP parmi les femmes âgées de 18 ans ou plus.

Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Temps écoulé	Laurentides	Le Québec
	%	
Moins de 1 an	62,5	51,6
1 à < 3 ans	16,8	18,7
3 ans ou plus	12,3	12,7
Jamais	8,4	17,1
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On estime que 62,5 % des femmes de 18 ans ou plus des Laurentides ont passé un test de Pap durant l'année ayant précédé l'enquête et 8,4 % ont déclaré n'en avoir jamais passé, ce qui constitue la moitié de la proportion du Québec. Dans les deux cas, les différences avec le Québec sont statistiquement significatives.

Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap et selon le groupe d'âge, région des Laurentides, 2000-2001

Temps écoulé	18-34 ans	35-44 ans	45-64 ans	65-69 ans
	%			
Moins de 1 an	73,0	67,1	56,3	**
1 à < 3 ans	11,5*	20,7*	17,6*	**
3 ans ou plus	**	**	20,1	36,6*
Jamais	12,5*	**	6,1*	**

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

** Estimation inacceptable, coefficient de variation > 33,3 %

En effectuant un regroupement des données par groupe d'âge, on remarque qu'une proportion significativement plus élevée des femmes des Laurentides âgées entre 18 et 34 ans déclarent avoir subi un test de Pap depuis moins d'un an (73 %) que ce n'est le cas pour les autres groupes d'âge réunis (58,3 %).

Proportion de la population féminine de 18 ans ou plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de Pap et selon le groupe d'âge, le Québec, 2000-2001

Temps écoulé	18-34 ans	35-44 ans	45-64 ans	65-69 ans
	%			
Moins de 1 an	58,2	53,1	48,7	32,8
1 à < 3 ans	16,3	22,3	18,9	13,7
3 ans ou plus	4,0	10,4	18,0	30,0
Jamais	21,5	14,2	14,4	23,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

Antigène spécifique prostatique (PSA)

Définition : fait de déclarer avoir déjà subi ou non un test de sang (prise de sang) PSA pour le dépistage du cancer de la prostate chez la population masculine de 40 ans ou plus.

Proportion de la population masculine de 40 ans ou plus selon qu'ils ont déjà subi ou non une prise de sang pour détecter l'antigène spécifique prostatique (PSA), région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

PSA	Laurentides	Le Québec
	%	
Oui	41,2	41,2
Non	58,8	58,8
Total	100,0	100,0

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

On observe que 58,8 % des hommes de 40 ans ou plus des Laurentides n'ont pas subi de test sanguin pour détecter le PSA.

Proportion de la population masculine de 40 ans ou plus qui ont déjà subi une prise de sang pour détecter l'antigène spécifique prostatique selon le groupe d'âge, région des Laurentides et le Québec, 2000-2001

Groupe d'âge	Laurentides	Le Québec
	%	
40-49 ans	13,5*	14,9
50-59 ans	38,7	35,8
60-69 ans	27,9	26,0
70 ans +	19,8*	23,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1 (2000-2001)

* Estimation marginale, coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence

Le taux ajusté d'incidence du cancer

Définition : rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer, à la population totale au milieu de la même période.

Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, région des Laurentides et le Québec, 1984-1988 à 1994-1998

	1984-1988	1989-1993	1994-1998					
	Ensemble des sièges	Ensemble des sièges	Estomac	Côlon-rectum	Pancréas	Poumon	Vessie	Ensemble des sièges
	Taux annuel moyen pour 100 000							
Laurentides	430	432	11	59	12	86	24	458 (n = 1 782)
Le Québec	419	422	11	56	11	76	21	424 (n = 30 874)

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.

Le taux ajusté d'incidence du cancer a augmenté dans les Laurentides entre les périodes de 1984-1988 et 1994-1998. On observe une différence statistiquement significative entre le taux de la région (458 pour 100 000) et le Québec (424 pour 100 000) en 1994-1998. La région se démarque particulièrement par un taux d'incidence significativement plus élevé du cancer du poumon en 1994-1998 dans la région (86 c. 76 pour 100 000).

Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, chez les hommes, région des Laurentides et le Québec, 1984-1988 à 1994-1998

	1984-1988	1989-1993	1994-1998						
	Ensemble des sièges	Ensemble des sièges	Estomac	Côlon-rectum	Prostate	Pancréas	Poumon	Vessie	Ensemble des sièges
	Taux annuel moyen pour 100 000								
Laurentides	532	541	*17	70	122	*14	128	41	552 (n = 961)
Le Québec	524	527	17	68	99	13	116	38	512 (n = 15 939)

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.

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

Le taux ajusté pour l'ensemble des sièges de cancer chez les hommes des Laurentides est en croissance continue entre 1984-1988 et 1994-1998, alors qu'il régresse pour le Québec. Les taux chez les hommes des Laurentides sont significativement supérieurs à ceux du Québec, tant pour l'ensemble des sièges que pour le cancer de la prostate.

Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège, chez les femmes, région des Laurentides et le Québec, 1984-1988 à 1994-1998

	1984-1988	1989-1993	1994-1998						
	Ensemble des sièges	Ensemble des sièges	Estomac	Côlon-rectum	Sein	Pancréas	Poumon	Vessie	Ensemble des sièges
	Taux annuel moyen pour 100 000								
Laurentides	355	351	*7	51	119	*10	53	*11	393 (n = 821)
Le Québec	354	357	7	47	111	10	47	10	372 (n = 14 934)

Source : Institut national de santé publique du Québec (2001) Le portrait de santé. Le Québec et ses régions.

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

Il n'y a pas de différence statistique significative entre les taux régional et provincial. Par ailleurs, l'incidence du cancer chez les femmes a fait un bond entre 1989-1993 et 1994-1998, de manière plus prononcée dans la région que pour le Québec.

A. Taux ajusté¹ d'incidence du cancer selon certains sièges et le sexe, Québec et régions, 1994-1998

Région	Femmes (Taux pour 100 000)				Hommes (Taux pour 100 000)			
	Côlon et rectum	Poumon	Sein	Tous les sièges	Côlon et rectum	Poumon	Prostate	Tous les sièges
Bas-Saint-Laurent	48	38	127	374	62	122	97	494
Saguenay–Lac-Saint-Jean	54	44	127	401	76	151 (+)	112	589 (+)
Québec	48	45	114	367	70	120	82 (-)	501
Mauricie et Centre-du-Québec	46	42	93 (-)	343 (-)	67	122	112	518
Estrie	46	39	100	357	66	112	112	506
Montréal-Centre	45	48	112	375	66	104 (-)	91 (-)	494 (-)
Outaouais	*	*	*	*	*	*	*	*
Abitibi-Témiscamingue	47	47	110	372	68	136	106	520
Côte-Nord	52	69	112	406	74	172 (+)	85	606 (+)
Nord-du-Québec ²	41	74	105	378	48	259	80	661
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	46	44	117	382	68	140	106	580 (+)
Chaudière-Appalaches	41	35 (-)	114	344 (-)	62	113	92	483
Laval	44	50	107	361	68	104	94	490
Lanaudière	45	55	105	368	66	133	94	529
Laurentides	51	53	119	393	70	128	122 (+)	552 (+)
Montérégie	47	49	106	370	72	107	106	504
Nunavik ²	95	170	45	441	29	246	17	475
Terres-Cries-de-la-Baie-James ²	55	35	67	363	41	88	111	429
Ensemble du Québec	47	47	111	372	68	116	99	512

1. Taux ajusté pour tenir compte de la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec en 1996.

2. Les taux d'incidence des régions nordiques sont imprécis, étant donné le petit nombre de personnes qui ont un âge avancé. Ils doivent être interprétés avec prudence.

* En raison du nombre élevé d'hospitalisations pour cancer dans les hôpitaux ontariens, la déclaration des cas de l'Outaouais au Fichier des tumeurs du Québec est incomplète. L'incidence réelle des nouveaux cas de cancer ne peut être calculée.

(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celles de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05

Source : M. PAGEAU et autres (2001), *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, p. 312-313.

Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes

Définition : Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes pour 100 000 habitants, ajusté selon la structure d'âge.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes¹, sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	245,1	226,6	246,0 q	235,3 q
Thérèse-de-Blainville	240,4	239,0	252,2 q	224,8
Hautes-Laurentides	206,0	242,1	224,9	219,1
Arthur-Buies	242,6	241,7 q	247,8 q	236,5 q
Pays-d'en-Haut	206,2	237,8	223,6	195,9
Trois Vallées	234,2	231,0	240,8	205,4
Argenteuil	253,0 q	208,6	211,2	235,0
Les Laurentides	234,5 q	232,5 q	238,4 q	223,6 q
Le Québec	224,7 r	223,0 r	217,6 r	212,8 r

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Bien que relativement stable depuis 1986-1989, le taux de mortalité par tumeurs malignes dans les Laurentides reste significativement supérieur (223,6 pour 100 000) à celui du Québec (212,8 pour 100 000). En 1997-1999, le territoire d'Arthur-Buies (236,5 pour 100 000) suivi de près par Jean-Olivier-Chénier (235,3 pour 100 000) ont les taux les plus élevés et sont significativement supérieurs à celui de la région mais ils ont connu une diminution, comme presque tous les taux des territoires.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes¹, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	308,2	301,7	329,8 q	291,8
Thérèse-de-Blainville	316,6	317,0	361,2 rq	302,3
Hautes-Laurentides	278,0	336,2	273,6	272,8
Arthur-Buies	336,6	328,5	337,0 q	308,0
Pays-d'en-Haut	277,6	325,9	261,1	222,9 rq
Trois Vallées	294,8	300,0	289,9	264,5
Argenteuil	386,5 rq	267,7	260,3	322,5
Les Laurentides	312,8	309,4	309,7 q	286,0
Le Québec	308,9	301,1	290,6 r	280,5

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes chez les hommes est en diminution dans les Laurentides comme au Québec depuis 1986-1989. Pour la dernière période (1997-1999), le taux des hommes de la région ne se différencie pas de celui du Québec au plan statistique. Signalons le taux de mortalité significativement inférieur de Pays-d'en-Haut (222,9 pour 100 000) à ceux de la région des Laurentides (286,0 pour 100 000) et du Québec (280,5 pour 100 000). Argenteuil est le seul territoire à connaître une hausse de son taux de mortalité par tumeurs malignes chez les hommes.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes¹, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	200,5 q	169,1	190,1	193,0 q
Thérèse-de-Blainville	185,3	188,0	180,5	176,9
Hautes-Laurentides	139,1	166,5	186,0	177,1
Arthur-Buies	170,2	178,2	187,4	193,0 q
Pays-d'en-Haut	153,6	170,5	196,0	168,9
Trois Vallées	181,2	169,9	198,2	162,3
Argenteuil	176,8	166,0	168,2	176,7
Les Laurentides	174,3	173,9	186,2 q	179,6 q
Le Québec	169,3	171,7	170,8 r	168,5 r

Source : MSSS fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q: différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les femmes des Laurentides, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes a augmenté légèrement entre 1986-1989 et 1997-1999 avec une hausse plus marquée en 1994-1996. Le taux des femmes des Laurentides est significativement supérieur (179,6 pour 100 000) à celui des femmes du Québec (168,5 pour 100 000). Deux territoires de CLSC se distinguent par rapport au Québec, soit Jean-Olivier-Chénier (193,0 pour 100 000) et Arthur-Buies (193,0 pour 100 000) qui enregistrent des taux significativement supérieurs.

Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon¹, sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	70,3	68,0	75,6 q	81,8 rq
Thérèse-de-Blainville	60,1	72,0	77,1 q	65,2
Hautes-Laurentides	68,0	76,3	83,1 q	75,1
Arthur-Buies	75,6 q	81,7 q	81,8 q	71,6
Pays-d'en-Haut	46,8 r	62,2	67,5	50,8 r
Trois Vallées	74,1	68,5	73,2	56,2
Argenteuil	70,6	63,9	67,2	79,8
Les Laurentides	67,8 q	71,2 q	75,8 q	69,2
Le Québec	61,9 r	64,4 r	64,0 r	64,7

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q: différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Parmi les causes de mortalité par tumeurs malignes, figure le cancer du poumon. Au fil du temps, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon est resté stable au Québec et un peu moins dans les Laurentides où il a connu une hausse marquée en 1994-1996. Cette hausse s'est par la suite résorbée, ramenant ainsi le taux de la région à un niveau comparable à celui du Québec (aucune différence statistiquement significative n'est enregistrée entre les taux régional et provincial en 1997-1999). Deux territoires se distinguent de la région soit celui de Jean-Olivier-Chénier qui enregistre un taux significativement supérieur (81,8 pour 100 000) et celui de Pays-d'en-Haut qui présente un taux significativement inférieur (50,8 pour 100 000) à celui des Laurentides (69,2 pour 100 000).

Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon¹, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	115,3	113,0	119,7	105,9
Thérèse-de-Blainville	102,3	112,4	126,7	99,5
Hautes-Laurentides	119,1	105,3	135,7 q	117,0
Arthur-Buies	133,1 q	132,4 q	137,5 q	101,4
Pays-d'en-Haut	89,8	101,0	110,8	68,9 rq
Trois Vallées	126,9	106,8	103,0	79,5
Argenteuil	125,9	96,4	107,3	135,9 rq
Les Laurentides	117,4	111,7	120,3 q	99,9
Le Québec	110,0	109,4	103,7 r	101,2

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q: différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les hommes, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon tend à varier dans le temps dans les Laurentides et ne présente en 1997-1999 aucune différence statistiquement significative avec le Québec où il est en décroissance continue depuis 1986-1989. Deux territoires se distinguent de la région soit celui d'Argenteuil qui enregistre un taux significativement supérieur (135,9 pour 100 000) et celui de Pays-d'en-Haut qui présente un taux significativement inférieur (68,9 pour 100 000) à celui des Laurentides (99,9 pour 100 000).

Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon¹, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	34,4	32,1	43,4	63,1 rq
Thérèse-de-Blainville	26,2	41,9	43,2	40,5
Hautes-Laurentides	19,5	49,3 q	36,5	39,5
Arthur-Buies	30,7	42,1 q	43,6	49,1
Pays-d'en-Haut	13,2	30,1	36,7	35,0
Trois Vallées	27,1	34,8	45,4	36,9
Argenteuil	31,5	39,1	31,4	40,5
Les Laurentides	27,4	38,2 q	41,6 q	45,3 q
Le Québec	27,3	32,5 r	36,4 r	39,4 r

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Chez les femmes, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon dans la région est en constante croissance depuis 1986-1989 et est significativement supérieur à celui des femmes du Québec depuis 1990-1993. C'est particulièrement dans le territoire de Jean-Olivier-Chénier que le taux est élevé et il est significativement supérieur (63,1 pour 100 000) à celui des Laurentides (45,3 pour 100 000) en 1997-1999.

Taux ajusté de mortalité par cancer du sein¹, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	46,8 q	40,3	31,1	28,7
Thérèse-de-Blainville	31,2	36,2	33,4	34,2
Hautes-Laurentides	26,2	22,9	39,6	35,4
Arthur-Buies	32,7	37,3	36,5	29,9
Pays-d'en-Haut	51,6	31,7	35,2	25,9
Trois Vallées	31,4	36,3	31,3	34,1
Argenteuil	33,1	28,3	38,5	27,4
Les Laurentides	35,4	35,2	34,7	30,7
Le Québec	34,6	34,5	32,8	29,9

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r: différence statistiquement significative à la région

q: différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Depuis la période de 1986-1989, la mortalité par cancer du sein connaît une certaine régression. Environ 30,7 pour 100 000 femmes des Laurentides meurent par cancer du sein en 1997-1999. Au fil des ans, la région des Laurentides n'enregistre pas de différence statistiquement significative avec le Québec.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum¹, sexes réunis, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	27,5	28,8	37,5 q	37,5 q
Thérèse-de-Blainville	34,5	35,5	34,3	29,6
Hautes-Laurentides	25,3	27,1	27,3	20,2
Arthur-Buies	30,8	31,0	31,3	34,3 q
Pays-d'en-Haut	31,5	32,7	31,8	24,7
Trois Vallées	22,9	26,6	25,0	27,4
Argenteuil	29,1	23,8	34,4	29,8
Les Laurentides	29,0	29,7	32,1 q	30,3 q
Le Québec	29,2	28,4	27,8 r	27,1 r

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Alors que le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum dans les Laurentides ne se différencie pas de celui du Québec dans les périodes 1986-1989 et 1990-1993, on observe que le taux régional est pour les deux dernières périodes significativement supérieur (30,3 pour 100 000 en 1997-1999) à celui du Québec (27,1 pour 100 000). Pour 1997-1999, deux territoires de CLSC se démarquent, soit Jean-Olivier-Chénier (37,5 pour 100 000) et Arthur-Buies (34,3 pour 100 000) en présentant des taux significativement plus élevés que ceux du Québec. Nous observons également une certaine tendance à la baisse du taux de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum dans plusieurs territoires de CLSC depuis 1990-1993, soit Thérèse-de-Blainville, Hautes-Laurentides et Pays-d'en-Haut. Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum¹, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	29,5	29,3	49,2 q	51,0 rq
Thérèse-de-Blainville	34,0	46,0	46,7	42,0
Hautes-Laurentides	30,7	36,7	19,8	13,8 rq
Arthur-Buies	38,1	31,6	29,6	35,9
Pays-d'en-Haut	41,1	37,3	27,1	22,3
Trois Vallées	20,6	29,0	26,8	39,1
Argenteuil	40,6	24,2	27,6	37,4
Région des Laurentides	32,7	33,0	34,7	36,2
Le Québec	33,7	33,3	33,2	33,4

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Dans la région, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum chez les hommes tend à augmenter légèrement depuis 1986-1989 et ne présente aucune différence statistiquement significative avec celui des hommes du Québec. Le territoire de CLSC Jean-Olivier-Chénier a le taux le plus élevé (51,0 pour 100 000) et est significativement supérieur à celui de la région (36,2 pour 100 000) en 1997-1999. Par ailleurs, le territoire des Hautes-Laurentides a un taux significativement inférieur (13,8 pour 100 000) à celui de la région. Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum¹, chez les femmes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	27,8	27,6	28,3	26,4
Thérèse-de-Blainville	35,9	28,9	26,0	20,4
Hautes-Laurentides	19,6	18,8	35,2	27,8
Arthur-Buies	24,9	30,0	30,9	33,8 q
Pays-d'en-Haut	25,5	31,3	33,9	26,4
Trois Vallées	25,5	23,5	23,9	18,3
Argenteuil	24,0	24,1	40,1 q	24,9
Les Laurentides	26,6	26,9	29,9 q	25,8
Le Québec	26,4	25,1	24,2 r	23,1

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹ Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

Pour la période 1997-1999, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes du côlon et du rectum chez les femmes tend à diminuer et on ne constate aucune différence statistiquement significative entre les taux régional et provincial. Par ailleurs, Arthur-Buies connaît une hausse de son taux ajusté, qui est significativement supérieur (33,8 pour 100 000) à celui du Québec (23,1 pour 100 000). Toutefois, l'analyse des données par territoire de CLSC doit faire appel à la prudence en raison des petits nombres dans certains territoires.

Taux ajusté de mortalité par tumeur maligne de la prostate¹, chez les hommes, selon le territoire de CLSC, la région des Laurentides et le Québec, 1986-1989 à 1997-1999

Territoire de CLSC	1986-1989	1990-1993	1994-1996	1997-1999
	Taux pour 100 000			
Jean-Olivier-Chénier	46,2	39,4	28,8	34,3
Thérèse-de-Blainville	41,2	42,2	31,9	35,1
Hautes-Laurentides	9,7 rq	55,9 q	20,0	39,9
Arthur-Buies	31,2	36,0	49,0 rq	33,4
Pays-d'en-Haut	37,0	24,5	13,8 rq	35,8
Trois Vallées	36,8	32,4	26,3	30,0
Argenteuil	63,4 rq	28,6	31,0	31,5
Les Laurentides	37,4	36,8	31,1	33,9 q
Le Québec	32,7	32,7	31,2	27,6 r

Source : MSSS, fichier des décès, 1986-1989 à 1997-1999

r : différence statistiquement significative à la région

q : différence statistiquement significative à la province

¹Taux annuel moyen ; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996

À l'instar du Québec, le taux ajusté de mortalité par tumeur maligne de la prostate chez les hommes des Laurentides tend à diminuer, mais pour 1997-1999, le taux de la région est pour la première fois significativement supérieur (33,9 pour 100 000) à celui du Québec (27,6 pour 100 000). Les fluctuations au fil des ans à l'intérieur d'un même territoire de CLSC sont très importantes ainsi que les écarts entre les territoires. Ces fortes variations s'expliquent en partie par l'effet des petits nombres.

Taux ajusté¹ de mortalité par cancer selon certains sièges et le sexe, Québec et régions, 1997-1999

Région	Femmes (Taux pour 100 000)				Hommes (Taux pour 100 000)			
	Côlon et rectum	Poumon	Sein	Tous les sièges	Côlon et rectum	Poumon	Prostate	Tous les sièges
Bas-Saint-Laurent	19	35	32	167	29	109	27	282
Saguenay–Lac-Saint-Jean	28 (+)	38	30	180	36	126 (+)	31	317 (+)
Québec	21	38	32	170	35	105	24	286
Mauricie et Centre-du-Québec	20	35 (-)	26 (-)	157 (-)	39 (+)	106	29	287
Estrie	20	34	25	153 (-)	32	98	33	274
Montréal-Centre	20	40	32	169	31	91 (-)	25 (-)	266 (-)
Outaouais	*	*	*	*	*	*	*	*
Abitibi-Témiscamingue	21	40	30	176	31	128 (+)	26	290
Côte-Nord	23	48	24	189	28	145 (+)	21	337 (+)
Nord-du-Québec	**	**	**	**	**	**	**	**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	17	36	34	161	30	127 (+)	36	328 (+)
Chaudière-Appalaches	17 (-)	28 (-)	25 (-)	144 (-)	30	101	29	287
Laval	24	41	30	167	37	92	31	276
Lanaudière	24	52 (+)	31	194 (+)	34	121 (+)	29	315 (+)
Laurentides	24	45 (+)	31	180 (+)	36	100	34 (+)	286
Montérégie	22	41	29	170	36	96	28	273
Nunavik	**	**	**	**	**	**	**	**
Terres-Cries-de-la-Baie-James	**	**	**	**	**	**	**	**
Ensemble du Québec	21	39	30	169	33	101	28	280

1. Taux ajusté pour tenir compte de la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec en 1996.

* Certains décès de résidents de l'Outaouais survenus en Ontario n'ont pas été déclarés au Fichier des décès du Québec. Les taux de mortalité par cancer ne sont donc pas présentés.

** Les taux de mortalité des régions nordiques sont imprécis, étant donné le petit nombre de personnes qui ont un âge avancé. Ils ne sont donc pas présentés.

(+) (-) Valeurs significativement plus élevées ou plus faibles que celle de l'ensemble du Québec au seuil de 0,05

Source : Fichier des décès du Québec, 2003.

Les cancers pédiatriques¹⁶¹

Pour la période concernée par le tableau ci-bas on note que le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est de 18 chez les enfants des Laurentides âgés de 0 à 19 ans.

Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers selon le groupe d'âge et la région, Québec, 1994-1998

Région	0-14 ans (n)	15-19 ans (n)	0-19 ans (n)
Montréal-Centre	50	17	67
Montréal	40	16	55
Québec	21	8	29
Chaudière-Appalaches	14	6	20
Lanaudière	14	6	20
Mauricie et Centre-du-Québec	13	6	19
Laurentides	14	5	18
Saguenay-Lac-Saint-Jean	9	5	14
Laval	9	4	14
Estrie	6	5	11
Bas-Saint-Laurent	7	4	11
Outaouais	6	2	8
Abitibi-Témiscamingue	5	2	7
Côte-Nord	3	2	5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3	1	4
Nord-du-Québec	1	0	1
Nunavik	0	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	1
Ensemble du Québec	223	91	314

Source : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS, 2003.

¹⁶¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages, pp. 118-121.

Décès pour toutes causes et décès par tumeur (CIM-9, 140-239) selon le groupe d'âge, Québec, 2000

Groupe d'âge	Total des décès (N)	Décès par tumeur (n)	Proportion des décès par tumeur (%)
< 1 an	332	0	0
1-4 ans	58	7	12
5-9 ans	52	12	23
10-14 ans	74	5	7
15-19 ans	255	21	8
Total	771	45	6

Source : Institut de la statistique du Québec, 8 avril 2003

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, Définition de territoires et désignation des instances locales*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 1-Démographie : dimension sociale et économie*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 2-Naissance, Morbidité et Mortalité*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale de santé publique, *Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 4-Habitudes de vie et Maladies chroniques*, Février 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction de santé publique, *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, Prévenir pour l'avenir...DOCUMENT DE TRAVAIL*, Version Février 2004, 66 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre, *Organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Janvier 2004, 26 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Liste des médecins de la région des Laurentides*, 10 mars 2004.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SOINS PALLIATIFS, *Le citoyen : une personne du début...à la fin de sa vie, Profil régional 15 Laurentides*, Rapport Lambert, Lecomte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec, 2000.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, MSSS, Québec, 1997, 185 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer, *AVIS Le médecin de famille et la lutte contre le cancer*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité de soutien, adaptation et réadaptation, *AVIS, Normes et standards de soutien, adaptation et réadaptation au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité des représentants de la population atteinte de cancer, *Besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, Février 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, Comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie, *AVIS, Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer au Québec*, DOCUMENT DE TRAVAIL, MSSS, Québec, 2004.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Stratégie et plan d'action 2003-2005*, MSSS, Québec, Septembre 2003, 57 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Avis sur le traitement chirurgical du cancer*, MSSS, Québec, Août 2001, 20 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, MSSS, Québec, Novembre 2000, 42 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, Avril 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés*, Québec, Février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des affaires médicales et universitaires, *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches, Paramètres d'organisation*, Programme québécois de lutte contre le cancer, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer, La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, Un premier bilan*, Québec 2003, 392 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services à la population avec la collaboration de la Direction générale des affaires médicales et universitaires, *Projet de politique en soins palliatifs de fin de vie*, DOCUMENT DE TRAVAIL, version Octobre 2003, 119 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF), Guide d'accompagnement*, VERSION PRÉLIMINAIRE, Québec, Septembre 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *Version synthèse, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 68 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, *La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002*, 2002, 229 pages (plus annexes).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, Direction des services administratifs, préhospitaliers et des ressources immobilières, *Plan directeur des ressources informationnelles, rapport final, version 2.1*, 1997.