



**LA LUTTE CONTRE LE CANCER
DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

LE PROFIL SOCIO SANITAIRE

Le recensement de 2001 chiffre à 146 100 la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui représente une baisse de près de 5 % depuis le recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Par ailleurs, la proportion des personnes de 65 ans et plus a augmenté de 12 % pendant ces 5 ans. Ce groupe constitue 12 % de la population de la région, par rapport à 13 % au Québec. La situation socioéconomique de la population de l'Abitibi-Témiscamingue est moins enviable que celle qui est observée dans l'ensemble du Québec (Pageau et autres, 2001). Le revenu se situe sous la moyenne de même que le pourcentage de diplômés universitaires, tandis que le taux de chômage et la proportion de prestataires d'assistance-emploi sont légèrement plus élevés.

En 2000-2001, une enquête de santé a permis de constater qu'à l'égard des grands facteurs de risque du cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool, sédentarité –, la population de l'Abitibi-Témiscamingue adopte davantage de comportements défavorables (Statistique Canada, 2003). En effet, la proportion des personnes présentant trois facteurs de risque et plus est un peu plus élevée, avec 28 %, que la moyenne provinciale de 25 %. La proportion de fumeurs est plus forte et la région se situe au deuxième rang pour la proportion

de non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire. Par ailleurs, le pourcentage des personnes qui se considèrent comme étant en mauvaise santé se compare à la moyenne du Québec (12 % par rapport à 11 %).

Tant pour les femmes que pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance, pour la période 1994-1998, figure parmi les plus faibles du Québec (80,2 et 73,3 ans), et cet écart est statistiquement significatif (81,1 ans et 74,6 ans pour l'ensemble de la province).

La moyenne annuelle des nouveaux cas de cancer est de 573, pour un taux ajusté d'incidence de 436 pour 100 000 personnes en 1994-1998¹. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par une incidence du cancer du poumon plus marquée chez les hommes (136 pour 100 000 en Abitibi-Témiscamingue par rapport à 116 pour 100 000 au Québec).

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 302 pour 1997-1999. Les taux ajustés de mortalité sont élevés, tant chez les hommes (290 pour 100 000) que chez les femmes (176 pour 100 000). Pour les quatre principaux sièges – poumon, côlon-rectum, sein et prostate –, l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par l'un des plus forts taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes (128 pour 100 000 par rapport à 101 pour 100 000).

Sur le plan de l'organisation des services, la région compte six établissements ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) – dont deux comportent deux installations

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

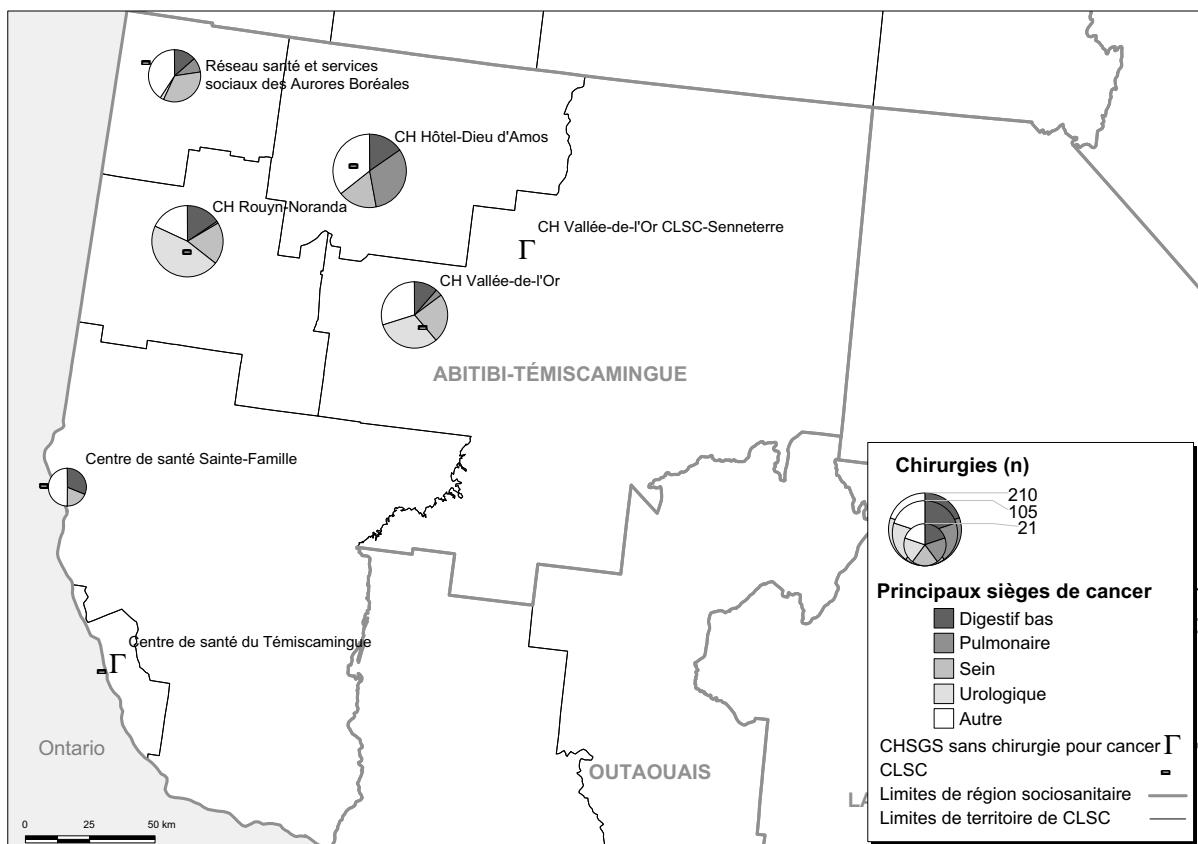
– ainsi que six établissements ayant une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et six ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou CHSLD (voir la figure 35). On y trouve aussi une résidence spécialisée en soins palliatifs.

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

La lutte contre le tabac

Concernant la lutte contre le tabac, la gamme des activités paraît assez complète, l'accent étant mis sur les interventions auprès des jeunes et sur la formation.

Figure 35. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés¹ selon les principaux sièges en 2001-2002, région de l'Abitibi-Témiscamingue



1. Excluant les centres hospitaliers de réadaptation, de soins psychiatriques, de convalescents et de soins de longue durée.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, août 2003.

En prévention, le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* est offert depuis la 6^e année du primaire à la 5^e secondaire (voir le tableau 85). On a ainsi touché de nombreux jeunes par quinze projets en milieu scolaire et un projet dans une maison de jeunes. Des 22 écoles secondaires, 16 ont bénéficié d'au moins un programme de prévention. Des affiches sur le thème *Tu m'tues Maudite cigarette !* ont été posées dans les écoles et les lieux publics.

Soulignons la tenue de formations régionales sur le tabagisme pour tous les intervenants travaillant auprès des jeunes.

Pour sensibiliser la population à la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement, l'activité *Poumons roses* est offerte dans les unités de maternité des centres hospitaliers et on remet aux parents un dépliant sur le tabagisme passif.

Sur le plan de la cessation de la consommation de tabac, on offre de la formation en counseling bref à plusieurs catégories d'intervenants de la santé, ce qui permet de sensibiliser bon nombre de fumeurs (voir le tableau 86). Dans la région, on offre aussi une formation concernant l'animation d'ateliers aux intervenants de CLSC. En réponse à des demandes émanant de la population autochtone, des organismes communautaires et de l'éducation des adultes, la même formation a été donnée aux intervenants de ces groupes. Enfin, pratiquement tous les CLSC offrent un programme de groupe.

Tableau 85. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de l'Abitibi-Témiscamingue, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	36/106	12 %
Écoles secondaires	16/22	54 %

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

L'alimentation

À la Direction de santé publique, personne en particulier n'est en charge du dossier de l'alimentation et les activités en ce domaine sont rares dans les CLSC ou centres de santé. Dans ces établissements, on souligne par ailleurs le manque de

Tableau 86. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de l'Abitibi-Témiscamingue, 2001-2002.

Service ou méthode	Dispensé par	Disponibilité (nombre de territoires de CLSC)	Population visée
Méthode de groupe			
Programme <i>Oui, j'arrête !</i>	CLSC	5/6	Fumeurs en général
Counseling individuel			
Pharmaciens, counseling bref	Pharmacies Jean Coutu, Uniprix ou autres	6/6	Fumeurs en général
Quelques médecins	Clinique médicale	6/6	Fumeurs en général

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

ressources humaines et financières pour des activités préventives de lutte contre le cancer. À l'heure actuelle, les budgets vont à la prévention des maladies cardiovasculaires, ce qui peut rejoindre en partie les objectifs de prévention de certains cancers.

Dans l'état de situation, on déplore aussi l'absence de campagnes promotionnelles à l'échelle provinciale et celle d'outils. Parmi les besoins, on cite la présence d'une répondante dans les CLSC ou centres de santé pour l'alimentation, avec une coordination régionale, et l'augmentation du nombre de diététistes dans les établissements, non seulement pour la promotion de la santé et la prévention des maladies mais aussi pour les services cliniques s'adressant aux personnes atteintes de certaines maladies chroniques.

L'environnement

Au palier régional, le dossier de l'exposition aux rayons ultraviolets, de même que celui des autres sources nocives et cancérogènes de l'environnement, relève des professionnels du module santé environnementale de la Direction de santé publique.

Dans ce secteur, on note la réalisation d'un programme d'élimination de l'amiante dans certaines écoles ainsi que des activités de prévention des coups de soleil. La

diffusion de messages publicitaires, d'une brochure d'information et d'une trousse de sécurité permet aussi de sensibiliser la population aux dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets.

On a mobilisé un comité de citoyens qui prépare des recommandations en vue de diminuer l'émission d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) due au chauffage au bois. D'autres actions sont en cours à l'égard de la contamination des puits domestiques à l'arsenic et de l'évaluation des risques de l'exposition aux poussières d'arsenic dans une fonderie.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est offert depuis le 2 juin 1999. Pour une population cible d'environ 15 000 femmes de 50 à 69 ans², il existe cinq centres de dépistage désignés (CDD), localisés dans des centres hospitaliers, qui font tous certains examens d'investigation.

Toutefois, le seul centre de référence pour investigation désigné (CRID) est situé au Centre hospitalier de Rouyn-Noranda (voir le tableau 87).

Au 31 mars 2002, en raison de la pénurie de ressources qui affecte

autant les technologues en radiologie que les radiologistes, aucun des CDD ne respectait la

Tableau 87. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID)

Ville	Nom de l'établissement	CDD	CRID
Val d'Or	CH Vallée de l'Or	✓	
Amos	CH Hôtel-Dieu d'Amos	✓	
Rouyn-Noranda	CH Rouyn-Noranda	✓	✓
Ville-Marie	Centre de santé Sainte-Famille	✓	
La Sarre	Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales	✓	

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

2. Au 25 novembre 2001.

norme de 30 jours pour l'accès aux services de dépistage. Par contre, la norme pour l'accès aux services d'investigation après une mammographie anormale, fixée à moins de 12 jours, était respectée dans deux établissements sur cinq.

Le taux de participation des femmes au PQDCS est de 65 % en 2000-2001 (moyenne provinciale de 43 %) tandis que le taux de mammographie global, selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), s'élève à 68 % en 1999-2000 (moyenne provinciale de 63 %). Pour la période de 1998 à 2001, le taux de fidélité au programme à 36 mois, après un premier examen, est de 81 %, alors que le taux de référence pour investigation après la mammographie initiale est de 14 % et de 12 % après les mammographies subséquentes.

La mise en place d'activités régionales concernant l'assurance de la qualité n'est pas commencée, mais figure dans le plan d'action régional 2003-2004.

L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

Dans les six territoires de CLSC, on offre les services d'investigation ainsi que deux des trois grands types de traitements du cancer, soit la chimiothérapie et la chirurgie. Les personnes atteintes d'un cancer obtiennent les traitements de radiothérapie à l'extérieur de la région.

L'investigation

Puisque les principaux moyens d'investigation pour les cancers les plus fréquents – sein, poumon, côlon et prostate – existent en Abitibi-Témiscamingue, peu de résidents ont à se déplacer à l'extérieur de la région. Toutefois, les résidents des territoires de Ville-Marie et de Témiscaming doivent effectuer de longs déplacements dans la région même pour obtenir les services. Ceci n'est pas sans leur causer des problèmes d'hébergement et de transport, sans compter la fatigue et la difficulté d'avoir du soutien de leurs proches. Le manque de radiologistes et le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille en vue d'une investigation sont deux autres problèmes identifiés dans la région.

L'hospitalisation et la chirurgie

Le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations des résidents effectuées dans la région, est en progression : il est passé de 80 à 85 % de 1994-1995 à 2001-2002 (voir le tableau 88).

Pour les sièges les plus fréquents – cancers pulmonaire, digestif bas, urologique et du sein –, ces taux sont très élevés pour une région éloignée, variant entre 91 % et 96 %. Deux territoires de CLSC, le Témiscaming et la Vallée de l'Or, présentent des taux de rétention inférieurs à la moyenne régionale pour l'ensemble des sièges, tandis que ceux d'Abitibi et d'Abitibi-Ouest ont des taux plus élevés.

Tableau 88. Hospitalisations¹ pour cancer selon les principaux sièges, taux de rétention et taux d'attraction, 1994-1995 et 2001-2002, région de l'Abitibi-Témiscamingue

	Hospitalisations des résidents de la région (n)	Taux de rétention pour les hospitalisations (%)	Hospitalisations dans les CHSGS de la région (n)	Taux d'attraction pour les hospitalisations (%)
1994-1995				
Ensemble des sièges	979	80	ND	ND
2001-2002				
Cancer digestif bas	122	96	124	6
Cancer pulmonaire	228	96	223	2
Cancer du sein	94	91	89	3
Cancer urologique	148	95	146	3
Ensemble des sièges	1 053	85	929	3

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

ND Non disponible

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Le taux d'attraction, soit le pourcentage des hospitalisations de la région effectuées pour des résidents d'autres régions, est de 3 %, avec un taux un peu plus élevé pour le cancer digestif bas, lequel se situe à 6 %.

Bien que les hospitalisations se répartissent entre les différents centres hospitaliers, elles sont plus nombreuses au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, au Centre hospitalier Rouyn-Noranda et au Centre hospitalier de la Vallée de l'Or. En effet, ces trois établissements totalisent plus de 80 % des activités de la région (voir le tableau 89).

Il en va de même pour la chirurgie, les activités étant concentrées dans les trois mêmes centres hospitaliers. En ce qui concerne les quatre sièges

les plus fréquents, les activités se répartissent entre les trois centres pour le cancer digestif bas et le cancer du sein, mais sont regroupées au Centre hospitalier Hôtel-Dieu D'Amos pour le cancer pulmonaire ; il ne se pratique cependant aucune chirurgie du cancer urologique dans ce dernier (voir le tableau 90).

Certains établissements ont de très faibles volumes de chirurgies, parfois inférieurs à la norme établie par le *Programme québécois de lutte con-*

Tableau 89. Chirurgies¹ et hospitalisations² dans les CHSGS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n)	Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n)
CH Vallée de l'Or	147	251
CH Hôtel-Dieu d'Amos	221	202
CH Rouyn-Noranda	205	320
Centre de santé de Témiscaming	0	7
Centre de santé Sainte-Famille	16	43
CH Vallée de l'Or CLSC-Senneterre	0	14
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales	44	92
Total	633	929

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

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

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

Tableau 90. Chirurgies¹ effectuées dans les CHSGS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002

Établissement	Chirurgies (n)			
	Cancer digestif bas	Cancer pulmonaire	Cancer du sein	Cancer urologique
CH Vallée de l'Or	17	5	35	46
CH Hôtel-Dieu d'Amos	34	70	38	0
CH Rouyn-Noranda	32	2	39	95
Centre de santé de Témiscaming	0	0	0	0
Centre de santé Sainte-Famille	5	0	3	0
CH Vallée de l'Or CLSC-Senneterre	0	0	0	0
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales	6	4	15	1
Total	94	81	130	142

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

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

tre le cancer (PQLC), qui est de 30 nouveaux patients par an dans le cas du cancer du sein.

La chimiothérapie

En chimiothérapie, les traitements sont offerts dans l'ensemble des centres, à l'exception du Centre de santé de Témiscaming. Les services de chimiothérapie et les principaux services de base en hématologie sont donnés par un hématologue qui travaille dans deux territoires de CLSC, des internistes et des médecins de famille. Une entente de service en hématologie a été convenue avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

La radiothérapie

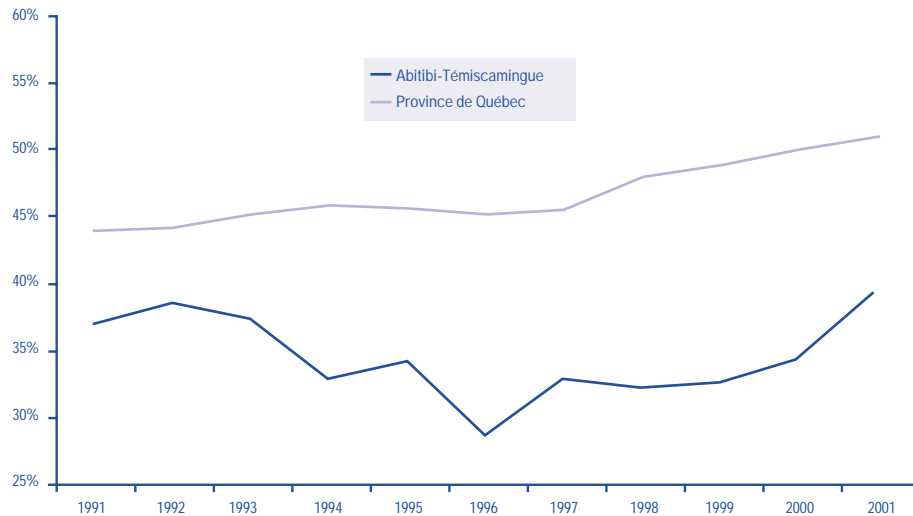
Il n'existe aucun département de radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue. En 2001, 42 % des 245 patients³ ayant besoin d'une radiothérapie ont été traités au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, 23 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et 20 % à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM. Les autres départements de radio-oncologie ont traité des patients de cette région, mais dans de plus faibles proportions.

D'après la figure 36, on constate que l'indicateur relatif à l'accès aux services en radio-oncologie⁴ demeure faible : il est passé de 29 à 39 % entre 1991 et 2001, et demeure nettement en deçà du taux provincial.

3. Selon les données de la RAMQ, il s'agit du nombre de patients pour lesquels un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, durant l'année 2001.

4. Le calcul de l'indicateur est expliqué à la note 6 de la section 2.3 de ce document. Selon des études internationales, environ 50 % des patients ont besoin de traitements de radiothérapie au cours de leur maladie.

Figure 36. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de l'Abitibi-Témiscamingue



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

Les services de soutien

Si les principaux services de soutien sont offerts dans la région, on estime cependant que les services d'orthophonie, d'ergothérapie, de psychothérapie et de nutrition ne suffisent pas à la demande. Le prêt d'équipement comprend le matériel de traitement et de réadaptation (matériel pour stomisés, prothèses, équipements de soins, etc.). Le soutien psychosocial et l'accompagnement sont rares, voire inexistant, à l'annonce du diagnostic. Pour la suite des traitements, la personne atteinte est prise en charge par les intervenants ou les ressources du milieu, qui s'occupent également du suivi. Il faut souligner le rôle crucial de ces personnes et de ces organismes dans la région. Les bénévoles sont dévoués et assurent le soutien des patients par des visites au centre hospitalier ou au centre de santé, des appels téléphoniques, le

prêt d'équipement ou la formation de groupes d'entraide. L'état de situation souligne que, la région étant isolée, sa culture et son tissu social serré ont été propices à la création de liens d'entraide.

Les services de soutien spirituel, de plus en plus rares dans les établissements, ne sont obtenus que sur demande de la personne atteinte, souvent en phase terminale.

Dans l'état de situation, on signale d'autres difficultés pour le transport et l'hébergement à l'occasion des déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur de la région. Quand les patients sont obligés de quitter la région pour recevoir des traitements de radio-oncologie, on observe de nombreux problèmes pour la personne atteinte et ses proches, par exemple : l'isolement du patient pendant six semaines parfois, les coûts de transport et

d'hébergement, les cas où le patient refuse le traitement pour ne pas s'éloigner des siens, et aussi les cas où la décision du médecin est influencée par le fait que le déplacement risque d'aggraver la maladie.

Les effectifs médicaux

L'Abitibi-Témiscamingue connaît des difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel médical. Le tableau 91 présente le nombre de médecins pour 100 000 habitants par rapport à l'ensemble du Québec. Pour les spécialistes, la région se situe sous la moyenne provinciale en 2002. L'état de situation souligne les difficultés associées à l'insuffisance chronique de médecins, notamment de médecins de famille. Même si le taux d'omnipraticiens semble élevé, les pénuries de ressources spécialisées et l'étendue du territoire font que les délais pour obtenir un rendez-vous sont jugés beaucoup trop longs.

Le tableau 92 illustre les effectifs médicaux de certaines spécialités au 1^{er} février 2003. On note que des postes sont à combler dans toutes les spécialités liées à l'oncologie, à l'exception de la patholo-

gie et de l'hémato-oncologie, une ressource en hémato-oncologie ayant été recrutée à l'été 2002. L'état de situation souligne que l'expertise

disponible en oncologie est faible. Quelques médecins ont acquis une expertise dans ce domaine, mais la relève est rare, voire absente. De plus, la pénurie d'omnipraticiens nuit à l'accessibilité aux services de base et, en conséquence, aux services spécialisés.

Le tableau 93 permet de comparer la consommation réelle des services aux prévisions, faites en tenant compte des caractéristiques de la population et de la moyenne provinciale (voir la méthode à la page 86). Pour l'ensemble des spécialités, en hématologie, en oncologie médicale et en radio-

thérapie, on observe un écart entre les deux types de valeur, lequel pourrait signifier que des problèmes d'accessibilité à ces services existent dans la région par rapport à l'ensemble du Québec. L'accès aux autres services spécialisés et en médecine

générale semble toutefois comparable, ou même supérieur, à la moyenne provinciale.

Tableau 91. Nombre de médecins¹ pour 100 000 personnes, région de l'Abitibi-Témiscamingue et province de Québec, 2002

	Taux pour l'Abitibi-Témiscamingue	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	103	94
Spécialistes	75	94
Total	178	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.

Tableau 92. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1^{er} février 2003, région de l'Abitibi-Témiscamingue

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	6	1
Pathologie	5	0
Chirurgie générale	10	2
Médecine interne	11	4
Hémato-oncologie	1	0

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

L'intégration des services

Les établissements (centres hospitaliers et de santé), à l'exception du Centre de santé du Témiscaming, disposent d'équipes de travail ayant un rôle consultatif pour le suivi et le traitement, surtout en chimiothérapie. La composition de ces équipes varie d'un centre à l'autre.

Plus de la moitié des établissements n'ont pas de service de coordination après traitement. Les mécanismes de transmission de l'information ne sont pas uniformes entre les médecins de famille et les spécialistes, et ils font aussi défaut pour le suivi entre les établissements, surtout si le traitement entraîne un séjour dans un centre hospitalier suprarégional.

LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

La composition et l'organisation des services de soins palliatifs de fin de vie varient. On estime les services inadéquats ou insuffisants dans la grande majorité des établissements de soins. Toutefois, quatre chambres sont aménagées pour recevoir les personnes en fin de vie au Centre hospitalier Rouyn-Noranda, au Centre de santé du Témiscaming et au Centre de santé Sainte-Famille. La Maison du Bouleau blanc d'Amos, une rési-

Tableau 93. Comparaison de la consommation attendue¹ et de la consommation réelle des services médicaux selon les spécialités liées à l'oncologie, région de l'Abitibi-Témiscamingue, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	10,0	9,5
Pathologie	3,7	4,3
Chirurgie générale	9,1	13,4
Médecine interne	7,1	8,4
Hématologie	1,3	0,4
Oncologie médicale	2,3	1,6
Radiothérapie	1,1	0,5
Total des spécialités	147,2	116,5
Médecine générale	143,5	157,1

1. La consommation attendue est calculée en utilisant comme référence le profil provincial de consommation, pondéré pour l'âge, le sexe et l'état de santé.

ETC Équivalent temps complet

Source : MSSS (2002a), *Données statistiques sur les effectifs médicaux et l'accessibilité aux soins de santé en région, période du 1^{er} octobre 2001 au 31 mars 2002.*

dence spécialisée en soins palliatifs, compte également quatre chambres où 33 personnes ont été hébergées en 2000. Son équipe interdisciplinaire inclut notamment une dizaine de médecins et plus d'une quinzaine de bénévoles.

Dans la communauté, des services de soins palliatifs sont offerts par l'intermédiaire du programme de maintien à domicile des CLSC ou centres de santé. Au

CLSC de La Sarre, une équipe a conçu un programme de services intégrés en soins palliatifs. On remarque toutefois qu'il n'existe pratiquement aucun lien de coordination formel entre les ressources sur plusieurs territoires de CLSC. L'état de situation révèle aussi un problème crucial : le manque de médecins de famille pour assurer le suivi à domicile. Les activités de répit, de dépannage ou de gardiennage sont peu nombreuses, parfois inexistantes. L'état de situation fournit peu d'information quant au soutien, à l'accompagnement et au suivi du deuil, mais souligne que divers organismes communautaires offrent ces services.

LE MAINTIEN ET L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ

La présente section fait état des principales activités visant à garantir ou à améliorer la qualité des

soins et des services relatifs à la lutte contre le cancer. Les activités sont regroupées ici sous cinq rubriques : la surveillance, la formation, la recherche, la gestion de la qualité et l'évaluation.

La surveillance

Les activités concernant la surveillance du cancer se résument en général à la mise à jour régulière des données qui portent sur la mortalité et la morbidité. D'autres activités annuelles portent sur la performance du PQDCS. On projette de définir un plan de surveillance pour suivre l'efficacité du nouveau modèle d'organisation des services, à compter de 2003-2004, dans chacun des territoires de CLSC.

La formation

En l'absence d'un programme de formation structuré en oncologie pour les professionnels de la santé, ceux-ci doivent généralement se rendre à l'extérieur de la région pour avoir accès à de la formation. Au cours des deux dernières années, certaines activités ont été offertes aux professionnels de la santé concernant la prévention et la cessation du tabagisme ainsi que le PQDCS. De même, les infirmières des cégeps, les professionnels des unités de maternité des centres hospitaliers et

ceux qui s'occupent de santé au travail ont reçu une formation en counseling tabagique. Toutefois, le taux de participation des médecins est faible et des lacunes existent dans la formation des bénévoles.

La recherche

Un médecin mène deux projets de recherche clinique en oncologie, dont l'un fait l'objet d'une collaboration avec un chercheur de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. On compte établir d'autres liens avec les milieux universitaires pour encourager le développement de la recherche ou, encore, pour participer à des projets en cours.

La gestion de la qualité

Des activités de gestion de la qualité sont prévues dans le cadre du PQDCS. Elles commenceront en 2003-2004.

L'évaluation

L'évaluation des activités du plan régional de lutte contre le cancer, ainsi que de chacun des plans locaux de lutte contre le cancer des territoires de CLSC, est prévue à compter de 2003-2004.

Une fois le PQLC lancé, la régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue a formé, en mai 2000, un comité régional de lutte contre le cancer qui contribue à améliorer la mise en œuvre du programme. Ce comité regroupe des intervenants des milieux hospitaliers, des CLSC, des centres de santé et de la régie régionale ainsi que des représentants des organismes communautaires de tout le territoire et des personnes atteintes du cancer.