



**LA LUTTE CONTRE LE CANCER
DANS LA RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE**

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LA RÉGION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

LE PROFIL SOCIO SANITAIRE

La population recensée en 2001 dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est de 96 925 personnes ; elle a baissé de 8 % par rapport au recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Par contre, le groupe des personnes de 65 ans et plus s'est accru de 10 % pendant la même période. C'est l'une des régions où la proportion des aînés est élevée, puisqu'elle y est de 16 % par rapport à 13 % au Québec en 2001. D'après les données socioéconomiques, cette région présente la situation la moins reluisante de toutes (Pageau et autres, 2001). Le revenu moyen y est le plus faible de l'ensemble des régions du Québec, le taux de chômage le plus élevé (1 personne sur 5), la proportion des prestataires d'assistance-emploi la plus haute et la proportion des diplômés universitaires la plus faible.

Selon une enquête de 2000-2001, par rapport aux principaux facteurs de risque du cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool et sédentarité –, la région ne fait pas bonne figure car 28 % de la population présente trois facteurs de risque ou plus alors qu'elle est de 25 % au Québec (Statistique Canada, 2003). Par ailleurs, la proportion des fumeurs (33 %) et celle des non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire

(43 %) dépassent les moyennes provinciales qui s'établissent à 30 % et 34 % respectivement. De plus, près de 14 % des résidents se perçoivent en mauvaise santé, alors que la proportion est de 11 % pour l'ensemble du Québec.

Avec une espérance de vie à la naissance de 73,8 ans en 1994-1998, les hommes vivent moins longtemps par rapport à la moyenne au Québec (74,6 ans). Chez les femmes, l'écart observé entre la valeur régionale (81,5 ans) et la moyenne provinciale (81,1 ans) est plus faible.

En 1994-1998, la moyenne annuelle des nouveaux cas de cancer est de 533, pour un taux ajusté d'incidence de 467 pour 100 000 personnes (taux provincial de 424 pour 100 000 personnes)¹. Le taux d'incidence du cancer du poumon est plus élevé que la moyenne au Québec chez les hommes (140 contre 116 pour 100 000 personnes). Le cancer de l'estomac connaît aussi une forte incidence, la région arrivant au deuxième rang au Québec.

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 284 pour 1997-1999. Le taux ajusté de mortalité chez les hommes s'élève à 328 pour 100 000, ce qui est significativement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec, établi à 280 pour 100 000. Par contre, le taux chez les femmes, qui est de 161 pour 100 000, se situe sous le seuil provincial de 169 pour 100 000. Pour les principaux sièges de cancer – poumon, côlon-rectum, sein et prostate –, les taux de mortalité par cancer du sein et de la prostate sont les plus élevés au Québec. Les hommes occupent le troisième rang pour le taux de

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

mortalité par cancer du poumon, et cet écart est statistiquement significatif. Par contre, c'est dans cette région que l'on observe le plus faible taux de mortalité par cancer du côlon-rectum chez les femmes.

Dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le réseau de la santé compte cinq établissements ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), six établissements ayant une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et neuf établissements ayant

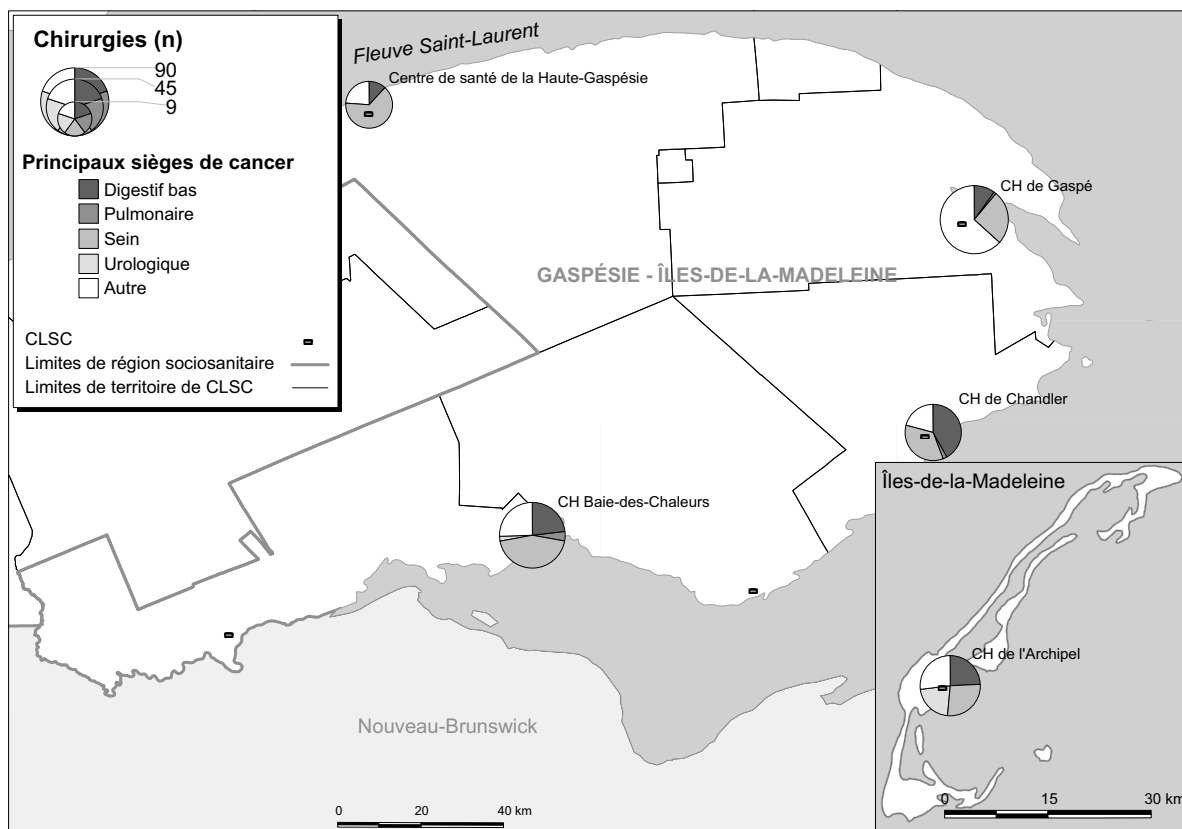
une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou CHSLD (voir la figure 40).

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

La lutte contre le tabac

En ce qui concerne le tabagisme, des activités de sensibilisation sont proposées aux jeunes et des

Figure 40. Chirurgies pour cancer effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés¹ selon les principaux sièges en 2001-2002, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine



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.

services de cessation de la consommation de tabac, tant de groupe qu'individuels, sont offerts à un degré variable selon la municipalité régionale de comté. En 2001-2002, le programme de prévention *La gang allumée pour une vie sans fumée* a été présenté dans des maisons de jeunes et *In Vivo* l'a été dans 3 des 21 écoles secondaires. De plus, le cinquième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* rapporte que le projet pilote *Hardi, les cœurs !* est proposé aux élèves de 5^e année dans 5 des 49 écoles primaires (voir le tableau 110).

Pour ce qui est de la cessation de la consommation de tabac, un counseling individuel est offert ponctuellement par des professionnels de la santé. Des ateliers de counseling de groupe se donnent aussi par des professionnels dans les CLSC (voir le tableau 111). De plus, tous les CLSC proposent le programme *Grossesse sans tabac*.

Des activités visant à faire connaître les services de cessation ont fait appel aux médias locaux ou ont été proposés aux professionnels de la santé.

L'alimentation

Quelques activités sporadiques, organisées en collaboration avec les enseignants du primaire et du secondaire, visent à

transmettre des messages éducatifs à l'égard des collations, petits-déjeuners et boîtes à lunch santé ou à faire connaître des guides alimentaires. D'autres actions de sensibilisation à la saine alimentation ont aussi lieu pendant la *Semaine de la Fondation des maladies du cœur*.

L'environnement

En ce qui a trait à l'environnement, deux CLSC organisent des activités de groupe sur les dangers

Tableau 110. Programme de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, région de la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, 2001-2002

	Nombre d'écoles où l'on offre au moins un programme	Proportion d'élèves touchés par au moins un programme
Écoles primaires	5/49	3 %
Écoles secondaires	3/21	20 %

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

Tableau 111. Services de soutien à l'abandon du tabagisme, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 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	3/5	Fumeurs en général
Counseling individuel			
Counseling par les infirmières en périnatalité	Chaque CLSC	5/5	Femmes enceintes
Counseling individuel	Unité de médecine familiale de Gaspé	1/5	Fumeurs en général
Counseling individuel	CLSC de Pabok	1/5	Fumeurs en général
Counseling individuel	CH-CLSC-CHSLD de la MRC Denis-Riverin	1/5	Fumeurs en général

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

de l'exposition au soleil, notamment *La journée du chapeau* ou *La journée de la crème solaire*. Un CLSC mène également des actions pour y sensibiliser la population, par l'intermédiaire de la clinique santé-voyage, et les travailleurs, particulièrement les travailleurs forestiers.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) est offert depuis le mois d'octobre 1999. Pour une population cible d'environ 12 000 femmes de 50 à 69 ans², la région compte cinq centres de dépistage désignés (CDD) localisés dans des centres hospitaliers (voir le tableau 112). Certains des CDD n'étant devenus opérationnels que durant la deuxième ou la troisième année d'existence du programme, le déploiement des services s'est donc fait de façon très graduelle. Comme les délais pour l'accès au dépistage dépassent la norme de 30 jours dans tous les centres (au 31 mars 2002), l'envoi des lettres d'invitation aux femmes visées par le programme a dû être retardé. Aucun centre de référence pour investigation désigné (CRID) n'existe dans la région. Les femmes ayant besoin

d'une investigation passent certains examens sur place ou se rendent habituellement à Rimouski, à Rivière-du-Loup ou à Québec.

En 2000-2001, le taux de participation au PQDCS est de 26 % pour la région, alors que la moyenne provinciale est de 43 %. Le taux de mammographie global, qui inclut les examens de dépistage et de diagnostic, est connu par les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; il s'élève à 54 % pour 1999-2000, mais demeure inférieur à la moyenne provinciale de 63 %. Pour la période allant de 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois après le premier examen est de 61 % ; rappelons toutefois ici les faibles volumes d'activité dans les premiers mois. Les taux de référence pour

investigation atteignent 18 % après la mammographie initiale et 19 % après les suivantes.

Des activités régionales relatives à l'assurance de la qualité devraient être organisées grâce à un programme de subvention à cette fin. Par

ailleurs, le fait qu'il n'existe aucun CRID dans la région, complique l'obtention des données pour suivre les résultats de l'investigation par le système d'information du PQDCS.

Tableau 112. Centres de dépistage désignés (CDD), région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Ville	Nom de l'établissement	CDD
Gaspé	CH de Gaspé	✓
Maria	CH Baie-des-Chaleurs	✓
Sainte-Anne-des-Monts	Centre de santé de la Haute-Gaspésie	✓
Chandler	CH de Chandler	✓
Cap-aux-Meules	CH de l'Archipel	✓

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

2. Au 25 novembre 2001.

L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

L'investigation

L'investigation de base est assurée pour une bonne part grâce à la collaboration des médecins établis dans les différents territoires ou les médecins itinérants. Pour certains services spécialisés, la population se déplace à Rimouski, à Rivière-du-Loup ou à Québec.

L'hospitalisation et la chirurgie

En 2001-2002, le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations des résidents effectuées dans la région, est de 63 %, un taux supérieur à celui de 1994-1995 (voir le tableau 113). Pour le cancer du sein et le cancer digestif bas, les taux se situent à 81 % et 83 % respectivement. Par contre, ils sont bien plus faibles pour le cancer urologique et le cancer pul-

monaire (36 % et 60 %). Le taux de rétention varie aussi selon les territoires de CLSC : Avignon et Îles-de-la-Madeleine présentent des taux de rétention inférieurs à la moyenne de la région alors que Bonaventure et Pabok ont des taux supérieurs. Le taux d'attraction de 1 % révèle que l'on hospitalise très rarement des personnes de l'extérieur (donnée non présentée).

En 2001-2002, les cinq centres hospitaliers se sont partagé de 12 % à 36 % des 633 hospitalisations (voir le tableau 114) et l'activité chirurgicale se répartit aussi entre ces centres. Le taux de rétention pour les chirurgies est très faible, s'établissant à 44 % en 2000-2001. Plus des deux tiers des chirurgies pour le cancer du sein et le cancer digestif bas sont pratiquées dans la région. À l'inverse, moins de 10 % des chirurgies pour le cancer pulmonaire et le cancer urologique se font dans la région, obligeant les personnes atteintes à se déplacer vers le Bas-Saint-Laurent ou vers Québec. Les corridors de service établis sont plutôt informels.

Tableau 113. Hospitalisations¹ pour cancer selon les principaux sièges et taux de rétention pour les hospitalisations, 1994-1995 et 2001-2002, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

	Hospitalisations des résidents de la région (n)	Taux de rétention pour les hospitalisations (%)	Hospitalisations dans les CHSGS de la région (n)
1994-1995			
Ensemble des sièges	1 004	56	ND
2001-2002			
Cancer digestif bas	120	83	100
Cancer pulmonaire	186	60	112
Cancer du sein	100	81	82
Cancer urologique	136	36	50
Ensemble des sièges	1 002	63	633

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.

En ce qui concerne le volume d'activité, seul le Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs semble atteindre la norme de 30 nouveaux cas de cancer du sein par an, avec 38 chirurgies en 2001-2002 (voir le tableau 115). Le volume n'est que de 10 à 23 nouveaux cas dans les autres centres. Les volumes sont également faibles pour le cancer digestif bas, le cancer pulmonaire et le cancer urologique.

Tableau 114. Chirurgies¹ et hospitalisations² dans les CHSGS de la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine pour l'ensemble des cancers, 2001-2002

Établissement	Chirurgies pour l'ensemble des cancers (n)	Hospitalisations pour l'ensemble des cancers (n)
CH de l'Archipel	37	78
CH Baie-des-Chaleurs	86	225
CH de Chandler	43	118
CH de Gaspé	90	137
Centre de santé de la Haute-Gaspésie	25	75
Total	281	633

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.

du médecin spécialiste de l'établissement régional ou suprarégional où a été orienté le patient. Il n'y a pas de délai pour le traitement. Les cas nécessitant des traitements complexes sont adressés à des établissements situés à l'extérieur de la région. La chimiothérapie à domicile n'est pas offerte.

La radiothérapie

En l'absence d'un département de radio-oncologie dans la région de la Gaspésie–Île-de-la-Madeleine, en 2001, 57 % des 214 patients³ ont été traités au Centre hospitalier régional de Rimouski et 30 % à l'Hôtel-Dieu de Québec. Les autres ont été traités à Montréal ou à Trois-Rivières.

La chimiothérapie

La chimiothérapie est donnée dans l'ensemble des centres hospitaliers, généralement avec le soutien

Tableau 115. Chirurgies¹ effectuées dans les CHSGS de la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine selon les principaux sièges de cancer, 2001-2002

Établissement	Chirurgies (n)			
	Cancer digestif bas	Cancer pulmonaire	Cancer du sein	Cancer urologique
CH de l'Archipel	9	0	10	8
CH Baie-des-Chaleurs	20	4	38	2
CH de Chandler	18	1	15	0
CH de Gaspé	9	1	23	0
Centre de santé de la Haute-Gaspésie	3	0	16	0
Total	59	6	102	10

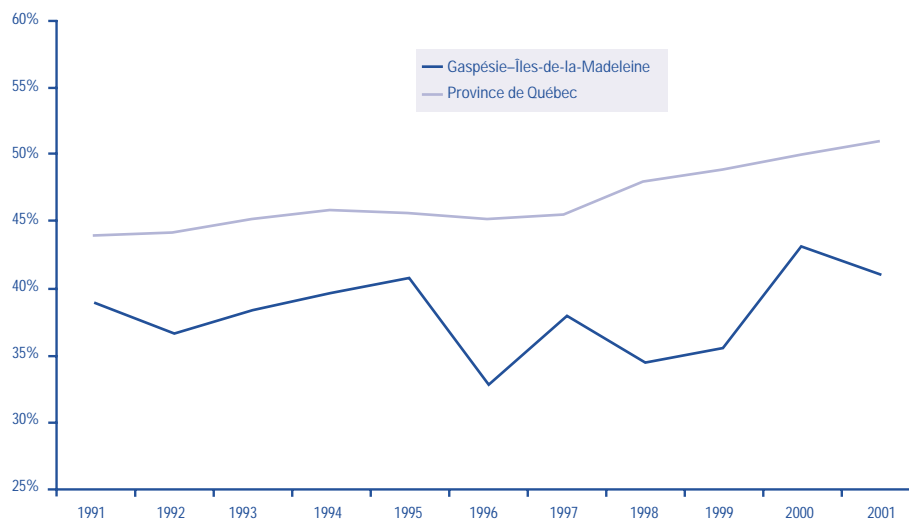
1. Les chirurgies incluent les hospitalisations en chirurgie et les chirurgies d'un jour.

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 2003.

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

Figure 41. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie de 1991 à 2001, région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine



Source : Fichier des services médicaux, RAMQ, 2002.

D'après la figure 41, l'indicateur portant sur l'accès aux services en radio-oncologie⁴ demeure nettement inférieur au taux provincial en 2001.

Les services de soutien

Les patients hospitalisés peuvent obtenir, sur prescription médicale, des services de soutien comme la physiothérapie, la nutrition, la psychothérapie ou l'ergothérapie, mais la prise en charge est difficile étant donné la rareté des ressources. Souvent, le soutien psychosocial et le soutien relatif à l'information demeurent sous la responsabilité du médecin traitant. Deux organismes sans but lucratif voués à la lutte contre le cancer – l'Organisme gaspésien pour les person-

nes atteintes de cancer et l'Association du cancer de l'Est du Québec – offrent accompagnement et soutien psychologique, information ou aide financière. L'Hôtellerie Omer-Brazeau, située à Rimouski, reçoit aussi des personnes venant de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Les centres d'action bénévole offrent des services d'accompagnement et de transport.

Les effectifs médicaux

La région connaît des difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel médical. Le tableau 116 présente le nombre de médecins par 100 000 habitants par rapport à l'ensemble du Québec. Pour ce qui est des spécia-

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

listes, la région se situe sous la moyenne en 2002. Même si le taux d'omnipraticiens pour 100 000 habitants semble élevé, la pénurie de ressources spécialisées et l'étendue de la région font que les délais pour obtenir un rendez-vous sont généralement longs.

Le tableau 117 illustre les effectifs médicaux de certaines spécialités au 1^{er} février 2003. Des postes sont à combler dans l'ensemble des spécialités liées à l'oncologie, à l'exception de la chirurgie générale. En hématologie, aucune ressource n'est prévue d'ici 2003. La région doit donc établir des ententes de service avec des hématologues d'ailleurs.

Au tableau 118, on compare la consommation réelle des services médicaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine aux prévisions, lesquelles tiennent compte des caractéristiques de la population et de la moyenne provinciale (voir la méthode à page 86). Pour le total des spécialités ainsi qu'en hématologie, en oncologie médicale, en radiothérapie et en pathologie, on note un écart entre les deux types de valeurs. Ceci pourrait signifier l'existence de problèmes d'accès à ces services

médicaux par rapport à l'ensemble du Québec ; cependant, les faibles consommations des services d'hématologie et d'oncologie médicale pourraient être en partie compensées par une plus forte consommation des services de médecine interne. L'accès aux autres services spécialisés et en médecine générale est comparable ou supérieur à la moyenne.

Tableau 116. Nombre de médecins¹ pour 100 000 personnes, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et province de Québec, 2002

Médecins	Taux pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Taux pour la province de Québec
Omnipraticiens	153	94
Spécialistes	67	94
Total	220	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.

L'intégration des services

Dans l'optique d'une meilleure coordination de l'ensemble des soins, un centre hospitalier demande aux infirmières de l'unité de chirurgie de collaborer avec d'autres professionnels – psychologue, médecin, diététiste – afin d'assurer le suivi des patients jusqu'à six mois après le traitement chirurgical ou la chimiothérapie. Ce groupe de professionnels travaille aussi auprès des patients en fin de vie.

Tableau 117. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1^{er} février 2003, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	6	2
Pathologie	2	1
Chirurgie générale	12	0
Médecine interne	13	3
Héματο-oncologie	0	0

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

Un autre centre a lui aussi recours à une équipe composée du patient, du médecin traitant, d'un interniste, d'une pharmacienne, d'un infirmier coordonnateur, de la diététiste, du psychologue ou d'un

autre professionnel et, au besoin, du chirurgien. Elle évalue les besoins du patient, donne les traitements de chimiothérapie et assure le suivi hebdomadaire de ce patient.

Dans l'état de situation, on déplore cependant le manque de disponibilité des médecins pour le suivi à domicile. On y rapporte aussi des difficultés en ce qui concerne la transmission des renseignements et les mécanismes de suivi, lesquelles nuisent à la continuité des soins.

LES SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte six lits réservés aux soins palliatifs ; ces lits sont répartis de la façon suivante : trois au Centre hospitalier de Gaspé, un au Centre hospitalier de l'Archipel, un au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs et un au CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs. Ils sont aménagés dans des chambres, certaines comprenant un salon pour les proches. Ce sont généralement les équipes des unités de médecine et de chirurgie qui soignent les patients en fin de vie.

Tableau 118. Comparaison de la consommation attendue¹ et de la consommation réelle des services médicaux selon les spécialités liées à l'oncologie, région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2001-2002

Spécialité	Consommation attendue (ETC)	Consommation réelle (ETC)
Radiologie	7,3	8,2
Pathologie	2,5	1,9
Chirurgie générale	6,7	10,3
Médecine interne	5,6	14,3
Hématologie	1,0	0,3
Oncologie médicale	1,7	1,5
Radiothérapie	0,9	0,7
Total des spécialités	102,8	96,7
Médecine générale	99,6	135,6

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*.

Les CLSC offrent des services aux personnes en phase terminale et préterminale dans le cadre du programme de maintien à domicile. Quelques infirmières sont disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine, mais la disponibilité des médecins pour des services à domicile est très limitée. L'organisation varie selon les territoires de CLSC en fonction des ressources, financières et humaines, et de l'éloignement. Les ressources profession-

nelles pour assurer le soutien psychologique, social et spirituel sont rares et on offre très peu de services en suivi du deuil.

Le Centre hospitalier de Chandler a formé un comité d'éthique pour discuter, entre autres, de certaines situations liées au cancer. Des organismes communautaires – l'Organisme gaspésien pour les personnes atteintes de cancer, l'Association du cancer de l'Est du Québec et le Regroupement des intervenants en soins palliatifs de l'Est du Québec – offrent du soutien pendant la phase de fin de vie, un suivi du deuil pour les proches ou de la formation.

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 en ce qui concerne 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

Aucune information relative à la surveillance ne figure dans l'état de situation.

La formation

Les activités de formation en oncologie destinées aux professionnels de la santé sont peu nombreuses et généralement offertes sur une base ponctuelle. Le personnel médical des CLSC reçoit un peu de formation en soins palliatifs. Toutefois, certaines infirmières des établissements hospitaliers bénéficient de stages à la Maison Michel-Sarrazin ou à l'Hôpital Notre-Dame, ou encore elles s'inscrivent au certificat en soins palliatifs que donne l'Université Laval. Pour les bénévoles, la

formation varie beaucoup : certains reçoivent une formation de base de 45 heures portant sur la relation d'aide, l'accompagnement pendant le transport, les besoins de la personne mourante et le deuil, alors que d'autres ne participent qu'à des activités ponctuelles.

La recherche

Il n'y a pas de projet de recherche portant sur la lutte contre le cancer.

La gestion de la qualité

Dans la région, il n'existe pas de démarche systématique concernant la révision des pratiques en matière de lutte contre le cancer. Quelques mesures mises en place découlent du PQDCS, dont l'accréditation des radiologistes et la certification des établissements accordée par le MSSS.

L'évaluation

Selon l'état de situation, aucun projet d'évaluation ayant trait à la lutte contre le cancer n'est en cours.

Après la diffusion de l'état de situation régional, un comité régional de lutte contre le cancer a été créé en mai 2002, dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ce comité regroupe des intervenants des milieux hospitaliers et de la régie régionale ainsi qu'un représentant de l'Organisme gaspésien pour les personnes atteintes de cancer et deux personnes atteintes.

