

La santé recherchée

Bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière

Volume 12 Numéro 1

Mars 2014



Incidence du cancer sur la Côte-Nord : 1984-1988 à 2004-2008

Présentation

Ce numéro de La santé recherchée¹ fait état de l'évolution de l'incidence² du cancer dans la région nord-côtière. Nous avons étudié les tendances relatives aux taux³ observés sur la Côte-Nord, dans ses territoires de RLS⁴ ainsi que dans le reste du Québec⁵ sur une période de 25 ans, soit de 1984-1988 à 2004-2008.

Résultats

Les nouveaux cas de cancer dans la population globale

Le premier tableau fait état de l'évolution des cas de cancer sur la Côte-Nord et ses territoires de RLS ainsi que dans le reste du Québec au cours des cinq périodes quinquennales comprises entre 1984 et 2008. Étudier des données sur des périodes regroupant quelques années permet d'atténuer les variations parfois importantes observées sur une base annuelle et, ainsi, d'obtenir une meilleure représentation de la situation.

On remarque qu'en 2004-2008, la Côte-Nord enregistre une moyenne annuelle de 547 nouveaux cas de cancer, ce qui correspond à un taux ajusté d'incidence de 617⁶ nouveaux cas pour 100 000 personnes. Le taux nord-côtier surpasse significativement celui du reste du Québec. Cet écart significatif se manifeste à chacune des périodes quinquennales.

1. Les informations sont tirées d'un document à paraître *Portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord – Maladies chroniques : le cancer*.
2. Il s'agit du nombre de nouveaux cas de cancer pour l'ensemble des sièges ou pour un type de cancer donné, diagnostiqués chez les résidents d'un territoire au cours d'une période. L'incidence ne doit pas être confondue avec la « prévalence », laquelle réfère au nombre total de cas de cancer dans une population au cours d'une période donnée.
3. Il s'agit des taux ajustés selon la structure d'âge de la population corrigée du Québec, sexes réunis, de 2006. Les taux ajustés permettent de contrôler l'effet induit par des changements dans la structure d'âge d'une population dans le temps ou de contrôler les structures d'âge différentes entre les populations.
4. Réseau local de services.
5. Les taux du reste du Québec présentés dans les tableaux sont ceux par rapport à l'ensemble de la Côte-Nord. Les tests statistiques sont toujours faits par rapport au reste de la province, soit l'ensemble du Québec, excluant la Côte-Nord. Dans le cas des RLS, les tests statistiques sont effectués en fonction de l'ensemble du Québec, moins le territoire de RLS concerné. Les taux du « reste du Québec » varient évidemment pour chaque RLS, mais ne sont pas présentés.
6. Afin de faciliter la lecture, les taux sont arrondis à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux.

Le nombre annuel moyen de nouveaux cas a augmenté d'environ 70 % de 1984-1988 à 2004-2008 (de 322 à 547). En revanche, en 2004-2008, le taux ajusté d'incidence suit plutôt une tendance à la baisse en regard de celui de la première période quinquennale (617 c. 631 pour 100 000). Il n'est question que d'une tendance puisque l'écart demeure insuffisant pour être déclaré significatif par un test statistique. Cependant, on observe une croissance significative du taux d'incidence en 2004-2008 par rapport à celui de 1999-2003 (617 c. 572 pour 100 000). Les années 1994-1998 avaient été témoins d'un fléchissement en regard de la période précédente (585 c. 628 pour 100 000).

Bien que le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer observé entre 2004-2008 ait augmenté parfois de façon importante en regard des années 1984-1988 dans presque tous les territoires de RLS, aucun écart significatif n'est détecté entre les taux ajustés d'incidence de ces deux périodes, et ce, quel que soit le RLS. Toutefois, on remarque une légère tendance à la hausse dans le RLS de la Haute-Côte-Nord. Une tendance à la baisse émerge dans les territoires de RLS suivants : Manicouagan, Sept-Îles, Minganie et Basse-Côte-Nord.

Quelques RLS se démarquent par des taux ajustés d'incidence significativement plus élevés que le reste du Québec. C'est vrai, entre autres, de celui de Sept-Îles à toutes les périodes quinquennales. Ce RLS présente un taux d'incidence du cancer semblable au reste de la Côte-Nord⁷, sauf en 1994-1998 où il s'avère plus élevé au plan statistique.

Toutes proportions gardées, le cancer apparaît plus fréquemment dans le RLS de Manicouagan comparativement au reste de la province, exception faite des années 1999-2003. Le RLS de la Minganie a connu des taux ajustés d'incidence comparables à ceux du reste du Québec qu'en 1994-1998 et 1999-2003. Le taux ajusté de 2004-2008 représente aussi un accroissement significatif en regard de 1999-2003. Ce dernier taux constituait une baisse significative comparativement à la période 1994-1998.

Tableau 1 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) d'incidence du cancer² selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008

Territoire	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	48	572,6	62	658,2 (+)	70	665,2 (+)#	70	615,9 (+)	84	637,8 (+)
Manicouagan	113	625,9 (+)	135	673,1 (+)	137	557,1 (+) ↓	151	559,8	184	598,0 (+)
Port-Cartier	21	580,9	27	640,6	25	479,5 @ ↓	35	550,8	43	585,5
Sept-Îles	86	686,4 (+)	90	609,6 (+)	114	667,2 (+)#	129	627,3 (+)	158	651,6 (+)
Caniapiscau										
Minganie	28	746,3 (+)#	29	620,1 (+)	30	594,9	27	462,8 ↓	40	651,0 (+) ↑
Basse-Côte-Nord	18	597,3	20	548,9	18	437,3 @	19	434,1	27	567,8 ↑
Kawawachikamach										
Côte-Nord	322	630,8 (+)	373	627,5 (+)	402	585,4 (+) ↓	441	572,0 (+)	547	616,6 (+) ↑
Reste du Québec	25 020	526,3	28 548	521,5	30 853	506,7	35 731	528,5	40 912	541,8

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version mars 2012 (produit électronique). Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

(+) Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

↓↑ Test statistique indiquant que le taux est significativement inférieur ou supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %. Les tests n'ont pas été effectués pour le reste du Québec.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

3. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer.

Note : Puisque les données ont été arrondies, le nombre de cas de cancer par RLS peut ne pas évaluer la somme des cas de cancer chez les hommes et les femmes (tableaux 2 et 3). En raison des petits nombres dans les RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach, les données ne sont pas présentées afin d'éviter d'associer des statistiques à des personnes en particulier (confidentialité).

7. C'est-à-dire l'ensemble de la Côte-Nord, excluant le territoire considéré.

Les nouveaux Cas de Cancer selon le sexe

Durant la période 2004-2008, avec 70 nouveaux cas en moyenne par année, le cancer du poumon s'avère le plus fréquent chez les hommes (23 % des cas), suivi par celui de la prostate (21 %), le cancer colorectal (11 %) et celui de la vessie (4,4 %). Le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes (25 %; 61 cas par année). Le cancer du poumon se classe au second rang (18 %). Au troisième rang, on retrouve le cancer colorectal (environ 10 %), suivi par le cancer de la thyroïde (4,4 %) (données non présentées).

L'évolution de l'incidence du cancer, tous sièges confondus, dans les populations masculine et féminine nord-côtières, est présentée respectivement dans les tableaux 2 et 3. Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer chez les hommes a connu une hausse d'environ 70 % entre 1984-1988 et 2004-2008 (de 179 à 303) et d'environ 71 % dans le cas des femmes (de 143 à 244).

Malgré l'augmentation du nombre de cas de cancer chez les hommes de la Côte-Nord, on observe, en 2004-2008, une tendance à la baisse du taux ajusté d'incidence par rapport à 1984-1988 (708 c. 756 pour 100 000). L'écart demeure insuffisant pour s'avérer significatif. Par contre, une tendance à la hausse émerge chez les femmes nord-côtières (de 515 à 540 pour 100 000).

Sur l'ensemble de la période, les hommes nord-côtières affichent des taux d'incidence du cancer significativement supérieurs à ceux des femmes. Le même phénomène s'observe dans le reste du Québec. Sur l'ensemble des périodes, l'incidence du cancer dans la population masculine nord-côtière surpasse de manière significative celle enregistrée chez les autres hommes du Québec. Il en va de même pour les Nord-Côtières en regard des autres Québécoises, sauf en 1999-2003.

À toutes les périodes, sauf une, deux territoires (RLS de la Haute-Côte-Nord et RLS de Sept-Îles) se démarquent par des taux ajustés d'incidence du cancer chez les hommes qui surpassent significativement les taux des autres Québécois. Par ailleurs, on remarque, en 2004-2008, un fléchissement significatif de l'incidence de la maladie dans la population masculine de la Minganie comparativement aux années 1984-1988 (748 c. 1 044 pour 100 000). Pour leur part, les femmes du RLS de la Haute-Côte-Nord ont vu leur taux de cancer s'accroître de manière significative entre les deux périodes (de 422 à 573 pour 100 000). Cependant, elles ne se démarquent jamais des autres Québécoises. L'incidence du cancer observée chez les femmes des RLS de Port-Cartier, de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord se compare à celle des autres Québécoises à chacune des périodes étudiées.

Dans les RLS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de Sept-Îles, les femmes affichent toujours des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus faibles que les hommes.

Tableau 2 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) d'incidence du cancer² chez les hommes selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008

Territoire	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	29	740,2>	42	945,8 (+)>↑	43	865,6 (+)#>	39	730,2 (+)>	47	708,6 (+)>
Manicouagan	59	725,2>	76	823,8 (+)>	71	620,7 @> ↓	82	646,6>	99	674,8>
Port-Cartier	10	* 659,6	15	801,1>	15	558,4	21	657,2>	23	600,8
Sept-Îles	47	805,6 (+)>	49	749,6>	65	868,1 (+)#>	72	771,6 (+)>	91	803,9 (+)#>
Caniapiscau										
Minganie	19	1 043,5 (+)#>	17	755,0> ↓	18	713,0>	15	539,3	21	747,6 ■ ↑
Basse-Côte-Nord	11	683,1	13	719,2>	11	522,5 @	11	527,3	15	657,8
Kawawachikamach										
Côte-Nord	179	755,8 (+)>	216	794,5 (+)>	227	709,2 (+)> ↓	246	677,2 (+)>	303	707,9 (+)>
Reste du Québec	13 222	662,1>	15 176	656,1>	15 949	614,6>	18 213	624,2>	20 775	619,7>

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version mars 2012 (produit électronique). Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

(+) Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

> Valeur significativement supérieure à celle des femmes (tableau 3), au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Interpréter avec prudence.

Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

↓↑ Test statistique indiquant que le taux est significativement inférieur ou supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %. Les tests n'ont pas été effectués pour le reste du Québec.

■ Test statistique indiquant que le taux en 2004-2008 est significativement inférieur à celui de la période 1984-1988, au seuil de 5 %. Les tests n'ont pas été effectués pour le reste du Québec.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

3. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer.

Note : En raison des petits nombres dans les RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach, les données ne sont pas présentées afin d'éviter d'associer des statistiques à des personnes en particulier (confidentialité).

Tableau 3 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) d'incidence du cancer² chez les femmes selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008

Territoire	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	19	422,3<	21	417,3<	27	492,4<	31	520,0<	38	572,5< +
Manicouagan	54	538,9 (+)<	59	543,5 (+)<	65	506,5 (+)<	70	493,4<	85	536,4<
Port-Cartier	11	539,5	12	507,4<	11	405,0	14	456,9<	20	575,3
Sept-Îles	39	569,6 (+)<	42	496,8<	49	513,6 (+)<	57	516,7<	67	531,8<
Caniapiscau										
Minganie	9	461,8<	13	499,0<	12	492,9<	12	404,7	19	586,1 ↑
Basse-Côte-Nord	7	* 509,0	7	* 362,4<	7	* 353,4	8	352,9	12	488,4
Kawawachikamach										
Côte-Nord	143	515,2 (+)<	157	483,2 (+)<	174	480,9 (+)<	196	486,9<	244	540,0 (+)<↑
Reste du Québec	11 798	439,5<	13 372	435,5<	14 903	440,4<	17 518	469,5<	20 137	491,0<

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version mars 2012 (produit électronique). Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

(+) Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

< Valeur significativement inférieure à celle des hommes (tableau 2), au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. Interpréter avec prudence.

↑ Test statistique indiquant que le taux est significativement supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %. Les tests n'ont pas été effectués pour le reste du Québec.

+ Test statistique indiquant que le taux en 2004-2008 est significativement supérieur à celui de la période 1984-1988, au seuil de 5 %. Les tests n'ont pas été effectués pour le reste du Québec.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

3. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer.

Note : En raison des petits nombres dans les RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach, les données ne sont pas présentées afin d'éviter d'associer des statistiques à des personnes en particulier (confidentialité).

Les nouveaux Cas de Cancer selon le siège

Nous avons également analysé l'évolution des cas de cancer pour les quatre principaux sièges : poumon, colorectal, sein chez la femme et prostate. Les résultats apparaissent au tableau 4.

a) Cancer du poumon

Dans l'ensemble de la population nord-côtière, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon a connu une croissance d'environ 81 % (de 63 à 114). Malgré cette augmentation, le taux ajusté d'incidence enregistré en 2004-2008 s'avère à peu près le même qu'en 1984-1988 (environ 131 pour 100 000). Cette apparente stabilité masque un fait important : la population masculine nord-côtière a vu son taux d'incidence du cancer du poumon fléchir de manière significative (de 219 à 172 pour 100 000). Cette baisse est constatée même si le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 51 à 70. Les autres hommes québécois ont aussi vu leur taux d'incidence du cancer du poumon reculer significativement (données non présentées). En contrepartie, ce taux a augmenté significativement chez les femmes nord-côtières (de 45 à 98 pour 100 000) à l'instar du reste de la population féminine québécoise. D'ailleurs, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon chez les Nord-Côtières est passé de 12, en 1984-1988, à 44 en 2004-2008. Cette différence entre les sexes, constatée aussi ailleurs, reflète probablement le fait que la baisse de l'usage du tabac s'est amorcée beaucoup plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Malgré la hausse significative du cancer du poumon chez les Nord-Côtières, son incidence y demeure cependant plus faible que chez les hommes. Il en va de même dans le reste du Québec (données non présentées). Compte tenu de la période de latence du cancer du poumon (soit environ 20 ans en moyenne) et que la diminution de l'usage du tabac a débuté plus tard chez les femmes, il se pourrait que les écarts des taux d'incidence de la maladie entre les sexes se resserrent davantage au cours des prochaines années.

Pour en revenir à l'incidence du cancer du poumon dans l'ensemble de la population, le tableau 4 montre que la Côte-Nord affiche des taux significativement plus élevés que ceux du reste du Québec.

b) Cancer colorectal

Malgré une augmentation d'environ 30 % (de 43 à 56) du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer colorectal, le taux ajusté d'incidence a tout de même reculé de manière significative (de 84 à 64 pour 100 000) (tableau 4). Cette diminution s'explique par la situation observée chez les femmes où l'on constate un retrait significatif du taux d'incidence de la maladie (de 79 à 53 pour 100 000). Du côté des hommes, on remarque une tendance similaire, mais l'écart entre le taux de 2004-2008 et celui de 1984-1988 (74 c. 90 pour 100 000) ne se révèle pas statistiquement significatif (données non présentées). Dans le reste de la population québécoise, la baisse s'avère significative pour les deux sexes (données non présentées). Par ailleurs, à partir de 1994-1998, le taux ajusté d'incidence du cancer colorectal chez les hommes nord-côtiers surpasse significativement celui des Nord-Côtières. Au Québec, ce constat est valide pour chacune des périodes quinquennales (données non présentées).

Par ailleurs, dans l'ensemble de la population, on ne détecte pas de différence significative entre la Côte-Nord et le reste du Québec, et ce, peu importe la période observée (tableau 4).

c) Cancer du sein chez la femme

Entre 1984-1988 et 2004-2008, le nombre annuel de cancers du sein chez les femmes nord-côtières a augmenté d'environ 65 % (de 37 à 61). Malgré cette hausse, le taux ajusté d'incidence n'a pas progressé de manière significative durant la même période (124 c. 133 pour 100 000). Dans le reste du Québec par contre, la hausse du taux d'incidence se révèle significative. Pour chacune des périodes quinquennales, la Côte-Nord présente un taux d'incidence du cancer du sein comparable, au plan statistique, à celui du reste de la population féminine québécoise.

Nous n'avons pas fait d'analyse par groupe d'âge pour déceler le ou les groupes où la croissance du nombre de cancers du sein serait, en termes relatifs, la plus marquée sur la Côte-Nord. Mais selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'instauration du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 1998 aurait contribué à l'augmentation du nombre de cas de cancer depuis la fin des années 1990 et surtout chez les groupes d'âge visés par le programme : les 50-59 ans et les 60-69 ans; ces femmes étant invitées à passer une mammographie tous les deux ans⁸.

d) Cancer de la prostate

Entre 1984-1988 et 2004-2008, le nombre annuel de cancers de la prostate chez les hommes nord-côtiers a plus que triplé (de 18 à 63). Le taux ajusté d'incidence de ce cancer a augmenté de manière significative à la fois chez les hommes nord-côtiers (de 99 à 143 pour 100 000) et ceux du reste du Québec.

À noter qu'il est probable que l'incidence du cancer de la prostate soit sous-évaluée. En effet, le Fichier des tumeurs du Québec repose sur celui des admissions hospitalières. Par conséquent, les hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate au cours d'une période donnée, et qui ont été traités sans aucune hospitalisation ou chirurgie d'un jour, n'y apparaissent pas. Selon une étude publiée en 2003 par l'INSPQ, environ 67 % des nouveaux cas de cancer de la prostate seraient enregistrés au fichier des tumeurs, ce qui serait l'un des taux d'exhaustivité les plus faibles comparativement à d'autres sièges de cancer (données non présentées)⁹.

Cette précision étant faite, on remarque certaines fluctuations significatives du taux d'incidence nord-côtier en regard de la période précédente. Des hausses sont observées en 1989-1993 et 2004-2008, tandis qu'une baisse se produit en 1994-1998. D'ailleurs, sur la Côte-Nord, les taux ajustés d'incidence du cancer de la prostate culminent en 1989-1993 et en 2004-2008. Comme ces fluctuations concordent avec ce qui est observé ailleurs, on croit que l'utilisation plus répandue du test APS (antigène prostatique spécifique) à certaines périodes pourrait expliquer en partie ces augmentations de l'incidence du cancer de la prostate¹⁰.

Finalement, pour certaines périodes quinquennales, la Côte-Nord présente un taux d'incidence de ce cancer comparable, au plan statistique, à celui du reste de la population masculine québécoise. Cependant, les hommes nord-côtiers affichent un taux significativement plus faible que celui des autres hommes du Québec en 1994-1998 (96 c. 118 pour 100 000), mais plus élevé en 2004-2008 (143 c. 125 pour 100 000). Il se pourrait que ces constats découlent en partie de pratiques liées aux mesures de dépistage qui pourraient différer.

8. DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ (2008). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), p. 38.

9. BRISSON J., D. Major et E. Pelletier. *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Institut national de santé publique du Québec (2003), cité par DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ (2008). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), p. 39.

10. DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ (2008). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), p. 37

Tableau 4 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) d'incidence du cancer selon certains sièges, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008

Siège du cancer	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n ²	Taux ajusté ¹								
Poumon³										
Côte-Nord	63	131,0 (+)	81	145,0 (+)	91	139,4 (+)	94	123,6 (+)	114	131,3 (+)
Reste du Québec	4 394	93,1	5 178	95,8	5 441	89,8	6 278	93,2	7 160	94,8
Colorectal⁴										
Côte-Nord	43	84,2	37	65,0 ↓	48	71,4	56	74,2	56	63,8 ■
Reste du Québec	3 463	75,4	3 786	71,2	3 985	66,8	4 751	70,9	5 292	70,0
Sein chez la femme⁵										
Côte-Nord	37	124,0	44	128,9	50	132,9	59	140,3	61	133,0
Reste du Québec	3 177	118,5	3 697	121,6	4 288	129,1	5 036	138,4	5 493	137,4
Prostate⁶										
Côte-Nord	18	99,1	35	148,6 ↑	29	96,0 (-) ↓	38	106,5	63	143,2 (+) + ↑
Reste du Québec	1 971	110,5	2 753	127,6	2 956	118,1	3 507	121,1	4 223	124,9

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version mars 2012 (produit électronique).

(+)(-) Taux ajusté significativement plus élevé ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

↓ ↑ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier est significativement inférieur ou supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %.

■ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier de 2004-2008 est significativement inférieur à celui de la période 1984-1988, au seuil de 5 %.

+ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier de 2004-2008 est significativement supérieur à celui de la période 1984-1988, au seuil de 5 %.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.

2. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer.

3. CIM-O-3 : (C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

4. CIM-O-3 : (C18-20, C26.0 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

5. CIM-O-3 : (C50 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

6. CIM-O-3 : (C61 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

À retenir

- Durant la période 2004-2008, les cancers les plus fréquents chez les hommes :
 - ✓ poumon : 23 %
 - ✓ prostate : 21 %
 - ✓ colorectal : 11 %
 - ✓ vessie : 4,4 %.
- Chez les femmes :
 - ✓ sein : 25 %
 - ✓ poumon : 18 %
 - ✓ colorectal : 10 %
 - ✓ thyroïde : 4,4 %.
- Augmentation du nombre annuel moyen de cas de cancer entre 1984-1988 et 2004-2008 pour l'ensemble des sièges et les sièges spécifiques étudiés dans ce document.
- Les taux ajustés d'incidence, qui permettent de contrôler l'effet confondant de l'âge, montrent que, tous sièges confondus, l'incidence du cancer a tendance à baisser chez les hommes nord-côtiers en 2004-2008 comparativement à 1984-1988, mais a tendance à augmenter chez les femmes. On parle de tendances puisque les écarts ne sont pas significatifs au plan statistique.
- La littérature scientifique relie certaines mauvaises habitudes de vie à un risque accru de développer un cancer. On parle, entre autres, du tabagisme, de la sédentarité, d'une mauvaise alimentation (dont une consommation insuffisante de fruits et légumes; alimentation riche en gras et en sucre, etc.) et d'une consommation excessive d'alcool.

À retenir (suite)

- Nécessité d'accroître les campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé auprès du public en général. Sensibiliser et former les professionnels de la santé pour intégrer la prévention et la promotion de la santé dans leur pratique.
- **Cancer du poumon** : Recul significatif du taux d'incidence chez les hommes en 2004-2008 en regard de 1984-1988, mais augmentation significative chez les femmes de la région. Toutefois, les hommes de la Côte-Nord sont toujours davantage touchés par le cancer du poumon que les femmes. En comparaison du reste du Québec, le cancer du poumon est significativement plus fréquent sur la Côte-Nord, et ce, à la fois chez les hommes et, règle générale, chez les femmes.
- **Cancer colorectal** : Baisse significative du taux d'incidence chez les femmes nord-côtières entre 1984-1988 et 2004-2008. Le taux tend à reculer chez les hommes nord-côtiers. Dans le reste du Québec, le taux d'incidence a fléchi significativement pour les deux sexes. Aucune différence significative entre la Côte-Nord et le reste du Québec en regard du taux d'incidence de chacune des périodes.
- **Cancer du sein** : Relative stabilité du taux d'incidence chez les Nord-Côtières malgré une hausse du nombre annuel moyen de nouveaux cas. Hausse significative de l'incidence pour l'ensemble des autres Québécoises. Aucune différence significative des taux d'incidence de ce cancer entre les Nord-Côtières et les autres Québécoises quelle que soit la période considérée.
- **Cancer de la prostate** : Accroissement significatif des taux d'incidence entre 1984-1988 et 2004-2008 sur la Côte-Nord et dans le reste du Québec. Les fluctuations significatives observées durant certaines périodes quinquennales pourraient s'expliquer, en partie, par une utilisation plus répandue du test APS (antigène prostatique spécifique).

Éléments de réflexion pour l'action

a) Pertinence d'agir

Le cancer constitue l'un des problèmes de santé les plus importants, tant sur la Côte-Nord qu'au Québec. Mentionnons que, dans la région comme au Québec, le cancer constitue la première cause de décès devant les maladies de l'appareil circulatoire, au second rang. Chez les hommes nord-côtiers, il est responsable d'environ 4 décès sur 10 (142 par année) en 2005-2009. Du côté des Nord-Côtières, on lui attribue environ 36 % des décès (101 par année) durant la même période. Entre 2004-2008, à chaque année, plus de 300 cas de cancer ont été diagnostiqués chez les hommes de la Côte-Nord comparativement à plus de 240 chez les Nord-Côtières.

Certains facteurs sont à considérer pour interpréter les variations de l'incidence du cancer entre des périodes :

- il existe une variation réelle;
- la variation est due au hasard;
- un programme de dépistage a été implanté ou modifié;
- des changements ont été faits dans la codification ou la classification des sièges de cancer, dans les comportements de la population (ex. : consultations pour soins préventifs) et au regard de la présence de certains facteurs de risque (actuels ou passés), etc.

Tout indique qu'au moins la moitié des nouveaux cas de cancer (environ 270) et des décès par cancer (environ 120) pourraient être prévenus à chaque année sur la Côte-Nord grâce à de saines habitudes de vie, comme éviter de faire usage du tabac, pratiquer une activité physique régulière pour un total minimal de 150 minutes par semaine, avoir une alimentation saine et équilibrée, etc.

b) Quelques facteurs de risque de la survenue du cancer

Près de la moitié des cancers sont dus à des facteurs de risque évitables comme le tabagisme, la sédentarité, une mauvaise alimentation, l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, certains agents infectieux (dont le virus du papillome humain [VPH] et les hépatites B et C) et des facteurs environnementaux. À elles seules, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont responsables du tiers des décès par cancer, soit une proportion comparable aux décès associés au tabagisme¹¹.

Le tabagisme est lié à plusieurs types de cancer, mais principalement à celui du poumon. Dans la population globale, le cancer du poumon serait directement attribuable à l'usage du tabac pour au moins 80 % des cas environ¹². Selon cette même source, le tabagisme serait relié à environ 69 % des cancers de l'œsophage et à 67 % des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx. Selon d'autres sources, la consommation de tabac serait aussi associée à 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas. Le tabagisme passif, c'est-à-dire l'exposition à la fumée secondaire de la cigarette des autres, constitue aussi un facteur de risque de cancer du poumon.

Pour sa part, la sédentarité représente un facteur de risque de certains cancers dont le cancer du sein et celui du côlon. Des études scientifiques démontrent que l'activité physique serait associée à une diminution du risque du cancer du côlon et du sein¹³ indépendamment d'autres facteurs¹⁴.

Le surplus de poids (embonpoint et obésité), mais plus particulièrement l'obésité, sont également associés au cancer. En fait, l'obésité accroîtrait le risque d'être atteint d'un cancer de l'œsophage, du côlon et du rectum, du rein, du pancréas et, chez les femmes, du cancer du sein et de l'endomètre¹⁵. Dans le cas des femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait deux à trois fois plus élevé¹⁶.

Le risque relié à la consommation d'alcool est considéré comme particulièrement important pour les cancers suivants : bouche, pharynx, larynx, œsophage, sein, foie et, dans une moindre mesure, le cancer colorectal. Il n'existe pas de seuil et ce risque croît avec la quantité consommée¹⁷.

Selon un rapport du World Cancer Research Fund et de l'American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR) publié en 1997, il existe des preuves scientifiques convaincantes que la consommation de fruits et légumes contribue à réduire les risques de survenue de plusieurs types de cancer. Depuis 1997, plusieurs études cas témoins et des recensions de la littérature scientifique ont étayé cette assertion¹⁸.

11. BYERS, T., M. NESTLE, A. M-TIERNAN, C. DOYLE et coll. « American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention : reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity », *CA Cancer J Clin* (2002); 52 (2) : 92-119, cité par LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE, « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 53.

12. Department of Health and Human Services. « The Health Consequences of Smoking : A Report of the Surgeon General » (2004) cité par KRUEGER, H., and Associates Inc. *Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada*, Mai 2008, p. 10.

13. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec...*, p. 53.

14. Ibid., p. 54.

15. HODGSON, Corinne, et coll. *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, p. 30.

16. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec...*, p. 56.

17. APRIL, Nicole, Claude BÉGIN et coll. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Mai 2010, p. 5.

18. Santé Canada. [En ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/assess-evalu/fruit_veg_leg_cancer-fra.php] (Page consultée le 17 mai 2013).

Enfin, les gènes défectueux transmis par l'hérédité, qui constituent un facteur de risque non modifiable, ne seraient responsables que d'une faible proportion des cancers.

c) Continuum de soins et de services en cancer¹⁹

Ce continuum comporte un ensemble d'interventions et services dans les domaines suivants : **promotion et prévention, dépistage, interventions et diagnostic, traitements et soins palliatifs**. Ces interventions interpellent bien sûr les acteurs du secteur de la santé, mais doivent concerner aussi les citoyens eux-mêmes et divers milieux : autres ministères, secteur de l'éducation, organismes communautaires, municipalités, entreprises, etc. À cet égard, la *Charte d'Ottawa* (1986) de promotion de la santé peut servir de cadre de référence général, non seulement au regard des aspects concernant la promotion et la prévention, mais aussi aux autres domaines de ce continuum.

Globalement, selon la *Charte d'Ottawa*, ces interventions se déclinent en cinq grandes stratégies :

- l'élaboration de politiques publiques saines;
- la création de milieux favorables;
- le renforcement de l'action communautaire;
- l'acquisition d'aptitudes individuelles;
- la réorientation des services de santé²⁰.

Les prochaines sections s'intéressent spécifiquement à la première composante du continuum de services, soit la promotion et la prévention.

d) Promotion de la santé et la prévention du cancer

La promotion de la santé et la prévention désignent un ensemble d'actions, d'interventions ou d'initiatives destinées à diminuer les risques de survenue d'une maladie ou à en atténuer les conséquences, voire même les éliminer, ainsi qu'à créer les conditions propices pour favoriser la santé et le bien-être. Ces actions peuvent être posées autant individuellement que collectivement.

La promotion de la santé et les actions préventives, notamment sur les déterminants de la santé, sont considérées comme une stratégie gagnante ou prometteuse à long terme pour réduire l'incidence de plusieurs types de cancer. Elles le sont d'autant plus lorsqu'elles s'intègrent à des stratégies de prévention des maladies chroniques puisque le cancer partage plusieurs facteurs de risque avec d'autres problèmes chroniques de santé comme l'hypertension artérielle, le diabète du type 2 - lequel représente 90 % des cas de diabète -, la maladie cardiaque, etc. Ainsi, les campagnes de sensibilisation de la population à ces facteurs de risque constituent des avenues qu'il faut continuer d'utiliser.

Élaboration de politiques publiques saines

Elle consiste à soutenir et à mettre en œuvre les politiques et programmes gouvernementaux visant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Plusieurs politiques visent cet objectif. À titre d'exemple, on retrouve le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, publié par le gouvernement du Québec en 2006 (PAG)²¹, le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*²² et la mise à jour en 2008 du *Programme*

19. Cette section est partiellement inspirée et adaptée du document suivant : LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (Direction de santé publique et de l'évaluation), 2010, p. 15 et suivantes.

20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé*, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>] (Page consultée le 13 septembre 2013).

21. LACHANCE, Brigitte, Martine PAGEAU, Sylvie ROY et coll. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des communications), 2006, 50 p.

*national de santé publique 2003-2012*²³. On ne saurait, bien sûr, passer sous silence la *Loi sur le tabac* de 1998 et les mesures législatives de 2006 interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics.

Diverses mesures peuvent contribuer à la prévention, non seulement du cancer, mais également d'autres maladies chroniques.

En général, au regard de la saine alimentation, il existe un consensus à l'effet de :

- consommer au moins le nombre quotidien de portions des quatre groupes d'aliments recommandé par le Guide alimentaire canadien (notamment les fruits et légumes ainsi que les produits laitiers);
- limiter la consommation d'aliments riches en lipides ou en glucides;
- limiter la consommation de viande rouge à moins de 500 grammes par semaine, limiter la consommation de charcuterie et privilégier les volailles et certains poissons;
- limiter la consommation de sel.

Parmi d'autres mesures préconisées, soulignons :

- prévenir l'initiation au tabagisme (particulièrement chez les jeunes) ou encourager les fumeurs à arrêter de fumer;
- pratiquer régulièrement des activités physiques de loisir;
- limiter la consommation d'alcool.

Création de milieux favorables

L'environnement social d'une personne (famille, milieu de travail, communauté, etc.) exerce une influence sur les comportements liés à la santé et sur les habitudes de vie en raison de valeurs qui y sont véhiculées²⁴. Les environnements physique, socioculturel, politique et économique jouent aussi un rôle. En ce sens, il existe donc plusieurs types d'environnement, en interrelation, qui sont compris dans un « environnement global »²⁵.

On peut décrire un environnement favorable comme celui présentant des conditions de vie ou de travail propices à la santé. Ces conditions aident les individus à faire des choix sains au plan des habitudes de vie, entre autres²⁶. À l'instar de la promotion et la prévention, leur mise en œuvre requiert la collaboration de divers partenaires. Cette collaboration sera d'autant plus facilitée qu'on aura préalablement partagé une vision globale et acquis une compréhension commune de ce que sont les environnements favorables. Car, il faut le dire, le terme « environnement » peut avoir différents sens selon l'appartenance socioprofessionnelle ou la culture d'une personne. Et on a souvent tendance à confondre « milieu de vie » et « environnement »²⁷.

Au nombre des mesures de l'environnement économique, notons celles qui visent à améliorer les conditions socioéconomiques. Lorsque ces dernières sont difficiles, la probabilité de développer des habitudes de vie défavorables à la santé augmente.

22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale de la santé publique – Service de lutte contre le tabagisme), 2006, 53 p.

23. GAUTHIER, Julie, Anne-Marie LANGLOIS et coll. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des communications), 2008, 103 p.

24. Ibid., p. 34-35.

25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, p. 9, 15. [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca>].

26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids...*, p. 6-7. [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca>].

27. Ibid., p 7.

Dans d'autres domaines, la création d'environnements favorables consistera, par exemple, à :

- favoriser ou encourager l'adoption de règlements concernant la disponibilité et l'offre d'aliments sains et équilibrés dans les établissements relevant des municipalités, des commissions scolaires ou du réseau de la santé;
- favoriser la réduction des prix des aliments de hautes valeurs énergétiques dans les milieux de travail;
- favoriser l'offre de cuisine collective;
- favoriser des aménagements sécuritaires dans les municipalités (exemple : déneigement de certains trottoirs en hiver) pour faciliter la pratique régulière de la marche ou du jogging;
- favoriser le développement de pistes cyclables sécuritaires;
- favoriser le développement d'aires de jeux sécuritaires pour les enfants;
- favoriser l'activité physique dans le cadre des activités parascolaires;
- favoriser l'implantation de mesures pour assurer une bonne qualité de l'air tant à l'intérieur des bâtiments qu'à l'extérieur, etc.;
- favoriser la mise en place de parcs sans fumée.

Renforcement de l'action communautaire

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* reconnaît que « [le] soutien, par l'action communautaire, au processus de développement d'un milieu est propice à l'amélioration de la santé et du bien-être de ses résidents »²⁸. Dans cette optique, le renforcement de l'action communautaire implique « (...) une consolidation des interrelations entre le réseau de la santé et des services sociaux et les différents groupes communautaires. Une meilleure circulation de l'information, un soutien continu et le développement de nouvelles approches représentent des voies d'action à privilégier »²⁹.

Renforcer l'action communautaire peut se traduire, par exemple, par :

- un soutien aux organismes communautaires dans leurs initiatives visant à encourager la participation citoyenne dans les enjeux concernant la santé et le bien-être;
- un soutien aux organismes communautaires dans leurs initiatives destinées à améliorer le bien-être et les conditions de vie des collectivités, etc.;
- un soutien au développement des communautés en agissant sur certains déterminants de la santé afin de réduire les inégalités sociales de santé des groupes les plus vulnérables.

Le renforcement de l'action intersectorielle se situe aussi dans cette stratégie, particulièrement en ce qui a trait au développement des communautés. Des communautés fortes et dynamiques peuvent influencer, de manière positive, la santé et le bien-être de leur population en suscitant et en promouvant la collaboration d'acteurs de divers champs d'activité qui n'appartiennent pas nécessairement au réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux.

Acquisition d'aptitudes individuelles

Cette stratégie vise à permettre aux individus de développer leur capacité ou d'améliorer leurs compétences à faire des choix éclairés au regard de leur santé. Pour ce faire, elle doit miser sur le renforcement des connaissances et des compétences, non seulement de la population en général, mais aussi des personnes qui interviennent, entre autres, auprès des groupes vulnérables.

28. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008...*, p. 62.

29. LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble...*, p. 18.

Dans ce contexte, les campagnes d'information et de sensibilisation peuvent concourir à atteindre ces objectifs. Il peut s'agir de campagnes destinées à :

- sensibiliser la population sur le lien entre une saine alimentation quotidienne, la pratique régulière d'activités physiques et la réduction des risques de développer un cancer;
- informer la population sur les risques accrus rattachés à certains comportements comme l'usage du tabac, la sédentarité et l'usage excessif d'alcool;
- intensifier les programmes de prévention en milieu scolaire, etc.

Réorientation des services de santé

Cette stratégie concerne, entre autres, l'intégration des aspects reliés à la promotion de la santé et à la prévention dans les pratiques des divers professionnels du secteur de la santé. Pour ce faire, des avenues empruntées ou proposées ailleurs³⁰ consistent, par exemple, à :

- consolider les équipes interdisciplinaires, dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), impliquées en promotion des saines habitudes de vie : agents de promotion des saines habitudes de vie, infirmières, nutritionnistes, kinésologues ou éducateurs physiques et médecins;
- former les professionnels de la santé et des services sociaux sur le counseling en cessation tabagique, en saine alimentation, en activité physique et en gestion du stress;
- former les professionnels de la santé et des services sociaux sur les mesures efficaces en prévention des cancers;
- sensibiliser les médecins à réaliser les activités pratiques préventives inscrites au document *Examen médical périodique de l'adulte 2013*, publié conjointement par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec³¹, etc.

Yves Therriault, Ph. D.
Agent de planification, de programmation et de recherche

e) Organisation régionale des services de lutte contre le cancer

Sur la Côte-Nord, le Comité régional de lutte contre le cancer constitue un levier essentiel au déploiement du programme régional de lutte au cancer. Sa structure propose une approche hiérarchisée et complémentaire de l'organisation des services assurant un réseau local renforcé. L'adhésion des professionnels à une organisation de services régionale se fonde principalement sur la compréhension des objectifs et le partage d'une expertise clinique permettant d'offrir des services de qualité. Le Comité régional de lutte contre le cancer se subdivise en deux sous-comités-conseils, soit clinique et administratif. De plus, deux équipes locales (Manicouagan et Sept-Îles), ayant un mandat supralocal, sont en lien avec les centres intégrés de lutte contre le cancer de Québec et de Rimouski qui possèdent une expertise reconnue en cancer ainsi que des infrastructures spécialisées. L'accès aux soins et aux services est un défi pour notre région. Toute la population doit pouvoir bénéficier de soins de santé de qualité et dans un délai opportun, peu importe leur lieu de résidence. Les infirmières pivots en oncologie présentes dans chacun des centres de santé de la Côte-Nord contribuent à offrir des soins de qualité ainsi qu'une meilleure continuité des services en cancérologie.

Julie Lafrenière, B. Sc. Inf.
Conseillère en soins infirmiers

30. LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble...*, p. 19.

31. THIVIERGE, D^r Claude, D^{re} Johanne BLAIS, D^r Claude FOURNIER, D^r François GOULET et coll. *EMP 2013*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Direction de santé publique), Collège des médecins du Québec, 2013, p. 19-22.

Méthode

Tous les cancers primaires invasifs ont été retenus. Les cancers in situ de la vessie sont aussi considérés, mais non les autres tumeurs in situ. Conformément à la pratique courante, les cancers de la peau autres que le mélanome ne sont pas pris en compte.

L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de tumeur primaire plutôt que l'individu, car une personne peut être atteinte par deux cancers différents au cours d'une même période. L'incidence est généralement rapportée sous la forme d'un taux ajusté pour 100 000 personnes.

Les informations relatives à l'incidence du cancer sont tirées de la version de mars 2012 du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) et couvrent les années 1984 à 2008. Ce fichier est alimenté principalement par les épisodes de soins de courte durée et de la chirurgie d'un jour inscrits au Fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO). Les cancers identifiés seulement au décès ont été ajoutés au fichier à partir de l'an 2000.

Depuis 2007, le Québec emploie la troisième révision de la Classification internationale des maladies en oncologie (CIM-O-3) alors qu'auparavant, les cancers étaient codés selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a converti l'ensemble du fichier 1984-2007 en CIM-O-3. Cette classification est mieux adaptée et spécifique à la problématique du cancer et est généralement employée par les registres du cancer³². Certaines tumeurs qui n'étaient pas considérées comme malignes selon la CIM-9 le sont devenues selon la CIM-O-3. L'inverse est aussi vrai. Au vu du changement de classification, il faut éviter de comparer les données diffusées dans ce document avec d'autres déjà publiées selon l'ancienne classification. Les présentes statistiques proviennent de requêtes paramétrables du Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec faites au printemps 2013.

Références

- APRIL, Nicole, Claude BÉGIN et coll. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Mai 2010.
- BYERS, T., M. NESTLE, A. McTIERNAN, C. DOYLE et coll. « American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention : reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity », *CA Cancer J Clin*, 2002, 52 (2) : 92-119.
- COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2012, 73 p.
- DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ. *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006, et coll. *Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics*, Fiche indicateur, Portail de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, Version octobre 2012.

32. Équipe du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, et coll. *Taux d'incidence du cancer selon le siège*, Fiche indicateur, Portail de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, Version octobre 2012, p. 1.

ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006, et coll. *Taux d'incidence du cancer selon le siège*, Fiche indicateur, Portail de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, Version octobre 2012.

GAUTHIER, Julie, Anne-Marie LANGLOIS et coll. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des communications), 2008, 103 p.

HODGSON, Corinne, et coll. *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, 62 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec le GROUPE DE TRAVAIL DES INDICATEURS DU PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE À L'INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, 2013.

KRUEGER, H., and Associates Inc. *Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada*, Mai 2008.

LACHANCE, Brigitte, Martine PAGEAU, Sylvie ROY et coll. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des communications), 2006, 50 p.

LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 53-59.

LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (Direction de santé publique et de l'évaluation), 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale de la santé publique – Service de lutte contre le tabagisme), 2006, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 24 pages. [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé*, 1986, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>] (Consulté le 13 septembre 2013).

THIVIERGE, D^r Claude, D^{re} Johanne BLAIS, D^r Claude FOURNIER, D^r François GOULET et coll. *EMP 2013*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Direction de santé publique), Collège des médecins du Québec, 2013, 42 p.

Rédaction

Yves Therriault, Ph.D.
Agent de planification, de programmation et de recherche
et
responsable du bulletin « La santé recherchée »

Section Organisation régionale des services de lutte contre le cancer

Julie Lafrenière, B. Sc. Inf.
Conseillère en soins infirmiers

Révision de cette section

Lise Boivin
Chef de service à la Direction régionale des affaires
médicales, universitaires et de la santé physique

Révision générale

Nicole Boudreau
Chef de service de prévention et promotion de la santé,
surveillance et évaluation

François Desbiens, m.d.
Directeur de santé publique par intérim

Pascal Paradis
Conseiller en communication

Révision de la section « Éléments de réflexion pour l'action »

Chantale Bouchard
Agente de planification, de programmation et de recherche

Ellen Ward
Agente de planification, de programmation et de recherche

Myriam Chênevert, M. Sc.
Agente de planification, de programmation et de recherche

Stéphane Talbot
Conseiller Kino-Québec

Disponible sur le site Internet de l'Agence

 www.agencesante09.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1703-4620

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

Québec 

