

La santé recherchée

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

Volume 12 Numéro 2

Mars 2014



Mortalité due au cancer sur la Côte-Nord : 1985-1989 à 2005-2009

Présentation

Le cancer constitue l'un des problèmes de santé les plus importants, tant sur la Côte-Nord qu'au Québec. Cette maladie est la première cause de décès devant les maladies de l'appareil circulatoire, au second rang.

Ce numéro de La santé recherchée¹ fait état de l'évolution de la mortalité attribuable au cancer dans la région nord-côtière. Nous avons étudié les tendances relatives aux taux² de décès observés sur la Côte-Nord, dans ses territoires de RLS³ ainsi que dans le reste du Québec⁴ sur une période totale de 25 ans, soit de 1985-1989 à 1995-1999 et de 2000-2004 à 2005-2009.

Résultats

Les décès par 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. Le premier bloc d'années, 1985 à 1999, comprend trois périodes quinquennales. Le second bloc, 2000 à 2009, en contient deux. Regrouper des années permet d'atténuer les variations parfois importantes observées sur une base annuelle et, ainsi, d'obtenir une meilleure représentation de la situation. Un trait vertical rouge marque le passage de la CIM-9 (Classification internationale des maladies) à la CIM-10 dans la codification des causes de décès. L'analyse de l'évolution de la mortalité doit être faite uniquement à l'intérieur d'un même bloc de périodes quinquennales.

Entre 1985-1989 et 1995-1999 et de 2000-2004 à 2005-2009, on constate que la Côte-Nord enregistre une hausse de la moyenne annuelle de décès attribuable au cancer. Cette moyenne est d'abord passée de 142 à 196, puis de 214 à 243. En revanche, que ce soit avant l'an 2000 ou à partir de 2000, aucune variation significative des taux de mortalité ne se manifeste entre la première et la dernière période

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 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 l'effet des structures d'âge différentes entre les populations.
3. Réseau local de services.
4. Les taux du reste du Québec présentés dans les tableaux sont ceux par rapport à l'ensemble de la Côte-Nord. Ces tests statistiques sont donc 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.

quinquennale. En fait, les taux s'avèrent plutôt stables. Ainsi, entre 1985-1989 et 1995-1999, le taux de l'ensemble de la population nord-côtière est passé de 304 à 308⁵ décès pour 100 000 personnes (différence non significative). En 2005-2009, la situation s'avère comparable à celle de 2000-2004 puisque l'écart entre les taux n'est pas significatif (279 c. 288 pour 100 000). Peu importe la période considérée, la population de la Côte-Nord se retrouve dans une situation défavorable par rapport au reste du Québec quant à la mortalité due au cancer.

Quelques RLS connaissent aussi des taux de mortalité significativement plus hauts que le reste du Québec. C'est le cas, entre autres, des RLS de la Haute-Côte-Nord et de Sept-Îles à partir de 1990-1994. La mortalité dans le RLS de Sept-Îles en 1995-1999 surpasse même celle du reste de la population nord-côtière. En revanche, au cours des mêmes années, le RLS de Manicouagan connaît une mortalité par cancer significativement inférieure à celle du reste de la Côte-Nord, mais comparable à celle du reste du Québec. Ce RLS s'apparente toujours au reste de la province, exception faite des années 1990-1994 où la mortalité s'y avère significativement plus élevée.

Le RLS de Port-Cartier se compare au reste du Québec, sauf durant les années 2005-2009 où il enregistre un taux ajusté de décès significativement plus élevé que le reste de la population québécoise. Quant à elle, la Basse-Côte-Nord ne se différencie jamais du reste de la province au plan statistique.

Tableau 1 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) de décès par cancer² selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009

Territoire	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	25	309,4	30	327,3 (+)	35	351,8 (+)	35	298,8 (+)	40	299,9 (+)
Manicouagan	49	312,9	63	340,5 (+)	60	263,9 @ ↓	71	274,8	77	256,9
Port-Cartier	8	* 249,6	10	* 258,4	13	259,4	16	258,4	21	296,0 (+)
Sept-Îles	37	322,4	42	349,0 (+)	56	349,5 (+)#	63	325,4 (+)	67	280,1 (+)
Caniapiscou										
Minganie	14	345,5	13	289,0	18	365,0 (+)	16	269,9	21	341,9 (+)
Basse-Côte-Nord	7	* 262,1	10	286,1	10	277,5	11	252,7	13	265,9
Kawawachikamach										
Côte-Nord	142	303,8 (+)	171	315,8 (+)	196	307,5 (+)	214	287,9 (+)	243	278,6 (+)
Reste du Québec	12 937	272,9	14 657	268,4	15 749	258,3	17 085	249,2	18 221	234,9

Source : MSSS, Fichier des décès (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 %.

* 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 du RLS est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %.

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 (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

3. Nombre annuel moyen de décès par cancer.

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

Les décès par cancer selon le sexe dans l'ensemble de la Côte-Nord

En 2005-2009, avec 142 décès par année en moyenne, le cancer constitue la première cause de décès (40 %) chez les hommes nord-côtiers, suivi par les maladies de l'appareil circulatoire (22 %) et les traumatismes (11 %). Durant la même période, 36 % des décès chez les Nord-Côtières sont attribuables au cancer (101 par année). Les maladies de l'appareil circulatoire (23 %) viennent au second rang, suivies des maladies de l'appareil respiratoire (11 %)⁶. L'évolution de la mortalité par cancer, tous sièges confondus, dans les populations masculine et féminine, est présentée respectivement dans les tableaux 2 et 3.

5. Afin d'alléger la lecture, les taux sont arrondis à l'unité dans le texte.

6. Les données relatives aux causes de décès autres que le cancer ne sont pas présentées.

De 1985-1989 à 1995-1999, les hommes nord-côtiers voient leur nombre annuel moyen de décès par cancer passer de 89 à 123, soit une augmentation de 38 %. En contrepartie, les taux ajustés de mortalité ne varient pas de manière significative, bien que l'on note une légère tendance à la hausse (399 c. 413 décès pour 100 000 personnes). Pendant ce temps, le nombre annuel moyen de décès augmente d'environ 17 % dans le reste de la population masculine québécoise et son taux ajusté de mortalité s'amenuise de manière significative (de 371 à 339 décès pour 100 000) (tableau 2).

Pour leur part, les femmes nord-côtières ont vu croître leur nombre annuel de décès par cancer d'environ 38 % entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 53 à 73). Cette hausse se situe à 28 % dans le reste du Québec. En contrepartie, les taux ajustés de mortalité ne fluctuent pas significativement, ni chez les Nord-Côtières (de 213 à 218 pour 100 000), ni chez les autres Québécoises où ils se stabilisent autour de 206 pour 100 000 (tableau 3).

De 2000-2004 à 2005-2009, la hausse du nombre annuel moyen de décès par cancer se maintient chez les hommes et les femmes de la région (respectivement 8 % et 22 %). Malgré ces hausses du nombre de décès, on observe une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes nord-côtiers (380 c. 344 décès pour 100 000). Pour les Nord-Côtières, on remarque plutôt une tendance à la hausse (211 c. 223 décès pour 100 000) (tableaux 2 et 3).

Durant les mêmes années, le reste de la population québécoise connaît également une hausse du nombre de décès par cancer (5 % chez les hommes et 9 % chez les femmes). Néanmoins, le reste de la population masculine du Québec voit son taux de mortalité reculer de manière significative (de 316 à 284 pour 100 000). Il en est de même pour les femmes (de 205 à 201 pour 100 000) (tableaux 2 et 3).

À l'exception des années 1985-1989, les hommes de la Côte-Nord enregistrent des taux ajustés de mortalité par cancer significativement plus élevés que le reste de la population masculine québécoise (tableau 2). Les taux de mortalité des Nord-Côtières se comparent à ceux des autres Québécoises, sauf en 1990-1994 et 2005-2009, où ils sont statistiquement plus élevés. Sur la Côte-Nord, comme dans le reste du Québec, les femmes affichent une mortalité par cancer significativement inférieure à celle des hommes durant toutes les périodes quinquennales (tableau 3).

Les décès par cancer selon le sexe dans les territoires de RLS

À partir de 1995-1999, quelques RLS connaissent des taux de mortalité par cancer chez les hommes plus élevés que le reste de la population masculine québécoise. Il s'agit des RLS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles et de la Minganie. Pour leur part, les hommes du RLS de Manicouagan meurent davantage du cancer, toutes proportions gardées, que les autres hommes québécois depuis la période 2000-2004, alors que la situation s'avère comparable dans les années antérieures (tableau 2).

On observe quelques particularités en 1995-1999. La première réside dans le fait que les hommes du RLS de Sept-Îles ont connu un taux ajusté de décès supérieur à celui du reste de la population masculine régionale. La deuxième particularité concerne le RLS de Manicouagan où les hommes affichent un taux de mortalité plus faible que les autres Nord-Côtiers. Une autre spécificité réside dans l'accroissement significatif du taux de mortalité chez les hommes du RLS de Sept-Îles en comparaison de celui de 1985-1989 (521 c. 379 pour 100 000) (tableau 2).

Les données du tableau 3 par territoire de RLS montrent que les femmes présentent généralement des taux ajustés de mortalité comparables au reste de la population féminine québécoise. Deux exceptions dérogent à ce constat : les RLS de Manicouagan et de Sept-Îles qui affichent chacun un taux significativement plus haut que les autres femmes québécoises en 1990-1994. Durant cette même période, le RLS de Manicouagan a une mortalité significativement plus élevée que le reste de la Côte-Nord chez les femmes.

Quelques variations significatives sont détectées entre les périodes. Ainsi, dans le RLS de Manicouagan, le taux ajusté de décès enregistré chez les femmes en 1990-1994 représente un bond significatif

comparativement au taux de 1985-1989. Par la suite, on note un fléchissement significatif en 1995-1999. D'autres fluctuations ressortent en Minganie, mais elles sont basées sur de petits nombres, en termes statistiques.

Tableau 2 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) de décès par cancer² chez les hommes selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009

Territoire de RLS	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	18	459,4>	20	472,2>	22	463,8 (+)>	22	403,7 (+)>	24	358,7 (+)>
Manicouagan	30	417,9>	34	385,7>	36	324,7 @>	42	366,1 (+)>	47	332,7 (+)>
Port-Cartier	---	* 341,4	5	* 298,6	---	* 389,9>	9	320,1	12	337,3
Sept-Îles	21	379,1>	23	446,0>	35	521,2 (+)#>	38	427,1 (+)>	38	339,4 (+)>↓
Caniapiscau										
Minganie	8	441,6>	---	436,3>	11	474,3 (+)>	---	414,3 (+)>	12	439,6 (+)>
Basse-Côte-Nord	---	* 370,2>	---	* 366,7>	---	* 377,3>	---	* 316,1	8	348,7>
Kawawachikamach										
Côte-Nord	89	399,0>	100	398,6 (+)>	123	413,0 (+)>	131	380,4 (+)>	142	343,9 (+)>
Reste du Québec	7 347	371,3>	8 132	357,9>	8 569	338,5>	9 110	316,0>	9 517	283,5>

Source : MSSS, Fichier des décès (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, 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 %.

--- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle du tableau 3.

↓ Test statistique indiquant que le taux du RLS est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %.

█ Test statistique indiquant que le taux du RLS en 1995-1999 est significativement inférieur à celui de la période 1985-1989, au seuil de 5 %.

⊕ Test statistique indiquant que le taux du RLS en 1995-1999 est significativement supérieur à celui de la période 1985-1989, au seuil de 5 %.

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 (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

3. Nombre annuel moyen de décès par 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) de décès par cancer² chez les femmes selon le RLS de résidence, l'ensemble de la Côte-Nord et le reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009

Territoire de RLS	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n ³	Taux ajusté ¹								
Haute-Côte-Nord	7	* 173,5<	10	209,8<	13	252,3<	13	207,9<	16	241,6<
Manicouagan	19	218,1<	29	300,6 (+)#<↑	24	207,7<	28	202,9<	31	192,6<
Port-Cartier	X	* 170,9	5	* 232,8	X	* 140,5<	6	* 207,7	9	263,7
Sept-Îles	15	265,6<	19	273,3 (+)<	21	224,3<	25	244,3<	30	235,0<
Caniapiscau										
Minganie	6	* 255,4<	X	152,8 @<	7	* 271,2<	↑	X * 143,7<	9	261,8<
Basse-Côte-Nord	X	* 146,4<	X	* 198,3<	X	* 179,9<	↑	X * 195,6	5	* 198,4<
Kawawachikamach										
Côte-Nord	53	213,2<	71	245,3 (+)<	73	217,8<	83	211,2<	101	222,7 (+)<
Reste du Québec	5 590	206,0<	6 525	208,6<	7 180	205,5<	7 974	204,6<	8 704	200,8<

Source : MSSS, Fichier des décès (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, 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 %.

X Nombre inférieur à 5. La donnée réelle n'est pas diffusée par souci de préserver la confidentialité.

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

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 (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

3. Nombre annuel moyen de décès par 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 décès par cancer selon le siège dans l'ensemble de la Côte-Nord

Avec 90 décès en moyenne par année sur la Côte-Nord en 2005-2009, le cancer du poumon est celui qui tue le plus de personnes à la fois chez les hommes et chez les femmes. Ce nombre représente environ 37 % des décès attribuables au cancer, toutes causes confondues, durant cette période. Cette proportion se chiffre à 40 % dans le cas des hommes et à environ 32 % chez les Nord-Côtières (proportions non présentées).

En comparaison, toujours entre 2005-2009, 22 personnes sont décédées du cancer colorectal (9 % des décès par cancer). Chez les hommes nord-côtiers, ce cancer a tué un peu plus d'hommes (13 par année; 9 % des décès) comparativement au cancer de la prostate (8 décès par année; environ 6 % des décès).

Pour les femmes, le cancer du sein a causé davantage de décès entre 2005-2009 (13 par année; tableau 4) (13 % des décès; proportion non présentée) que le cancer colorectal (9 par année; 9 % des décès; données non présentées). Toutefois, au cours des années 2000-2004, on dénombre davantage de Nord-Côtières décédées du cancer colorectal (12 par année; 15 % des décès; données non présentées) que du cancer du sein (9 par année; tableau 4) (11 % des décès; proportion non présentée).

Nous avons également analysé l'évolution des décès par cancer selon les quatre principaux sièges évoqués plus haut. Les résultats apparaissent au tableau 4.

a) Cancer du poumon

Dans l'ensemble de la population nord-côtière, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon a connu une croissance d'environ 64 % (de 45 à 74) entre 1985-1989 et 1995-1999. Cette hausse du nombre de décès se traduit par un bond significatif du taux ajusté de mortalité (de 92 à 114 décès pour 100 000 personnes) (tableau 4). La ventilation des informations selon le sexe démontre aussi une croissance de décès dus à ce cancer. En revanche, on n'observe pas de variation statistique du taux de mortalité chez les hommes (de 151 c. 176 décès pour 100 000 personnes). Dans le cas des Nord-Côtières, le taux ajusté de mortalité est passé de 34 à 60 décès pour 100 000, ce qui représente une hausse significative. En contrepartie, elles affichent des taux de mortalité inférieurs à ceux des hommes tout au long de ces années (données non présentées).

Il s'avère que la mortalité par cancer du poumon de l'ensemble de la population de la Côte-Nord observée avant l'année 2000 surpasse celle enregistrée dans le reste du territoire québécois (tableau 4). Ce constat prévaut aussi pour chacun des sexes, sauf en 1985-1989 où ni les hommes, ni les femmes ne se distinguent du reste de la province (données non présentées).

De 2000-2004 à 2005-2009, ce taux est demeuré stable sur la Côte-Nord même si le nombre de cas de cancer a continué de s'accroître (de 76 à 90). En proportion, le cancer du poumon a provoqué davantage de décès sur la Côte-Nord au cours de ces deux périodes que dans le reste du territoire québécois (tableau 4).

En 2005-2009, on note une légère tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes nord-côtiers en regard de 2000-2004 (137 c. 141 décès pour 100 000). Toujours de 2000-2004 à 2005-2009, une tendance à la hausse du taux ajusté de mortalité émerge chez les Nord-Côtières (66 c. 72 décès pour 100 000). À l'instar des années antérieures à 2000, le cancer du poumon tue significativement moins de femmes que d'hommes, que ce soit sur la Côte-Nord ou dans le reste du Québec (données non présentées).

b) Cancer colorectal

La moyenne régionale annuelle de décès dus au cancer colorectal est demeurée stable (environ 17 à 18) avant l'an 2000. Les taux de mortalité n'ont pas varié significativement d'une période quinquennale à l'autre, que ce soit dans l'ensemble de la population nord-côtière (tableau 4), chez les hommes ou chez

les femmes (données non présentées). Les femmes nord-côtières affichent une mortalité moindre que celle des hommes en 1990-1994, mais comparable en 1985-1989 et 1995-1999 (données non présentées). Aucun écart significatif n'est détecté entre la Côte-Nord et le reste du Québec (tableau 4). La même remarque s'applique pour chacun des sexes (données non présentées).

De 2000-2004 à 2005-2009, on observe une légère baisse du nombre de décès (de 25 à 22), de même qu'une diminution significative du taux de mortalité par cancer colorectal pour l'ensemble des résidents de la Côte-Nord (de 34 à 26 pour 100 000) (tableau 4). Les taux tendent aussi à chuter, tant chez les hommes (de 37 à 30 pour 100 000) que chez les femmes de la région (de 31 à 21 décès pour 100 000), mais les différences ne s'avèrent pas significatives au plan statistique. Dans le reste du Québec, les baisses se révèlent significatives à la fois chez les hommes et chez les femmes (données non présentées).

Durant ces deux périodes quinquennales, la Côte-Nord présente une mortalité par cancer colorectal similaire à celle des autres résidents québécois. En outre, ni les femmes, ni les hommes nord-côtiers ne se différencient de leurs homologues du reste du Québec (données non présentées). Par ailleurs, dans l'ensemble des autres régions québécoises, les femmes enregistrent des taux de mortalité inférieurs à ceux des hommes. Une tendance similaire prévaut sur la Côte-Nord, mais les écarts entre les sexes demeurent encore trop faibles pour être déclarés significatifs par des tests statistiques (données non présentées).

c) Cancer du sein chez la femme

De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein s'avère relativement stable sur la Côte-Nord (entre 11 et 14). Par contre, les taux ajustés de mortalité montrent une légère tendance à la baisse, bien que l'écart ne soit pas statistiquement significatif (38 c. 29 décès pour 100 000). Chez les autres Québécoises, le nombre annuel moyen de décès a augmenté d'environ 14 % durant la même période, mais leur taux ajusté de mortalité a diminué légèrement (de 42 à 37 décès pour 100 000) (tableau 4).

Le nombre de décès enregistré par année chez les femmes nord-côtières entre 2005-2009 représente une hausse de 44 % par rapport à 2000-2004 (de 9 à 13) alors qu'il est demeuré assez stable (augmentation de 1 %) environ dans le reste de la population féminine québécoise. Le taux ajusté de décès par cancer du sein chez les Nord-Côtières montre une certaine tendance à la hausse (23 c. 29 décès pour 100 000). Le reste de la population féminine du Québec voit son taux ajusté de mortalité reculer de manière significative (34 c. 31 décès pour 100 000). Fait à noter, les Nord-Côtières affichent, en 2000-2004, une mortalité par cancer du sein significativement inférieure à celle des autres femmes du Québec (24 c. 34 pour 100 000) (tableau 4).

d) Cancer de la prostate

De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate demeure très stable dans la région nord-côtière (autour de 8). Le contrôle de l'effet confondant de l'âge révèle que les taux ajustés de mortalité suivent une légère tendance à la baisse, bien que la variation ne soit pas statistiquement significative (*50 c. *33 décès pour 100 000 personnes)⁷. Chez les autres Québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 18 % durant la même période. Cependant, leur taux ajusté de mortalité a connu une légère diminution (de 39 à 35 décès pour 100 000).

Le nombre de décès chez les Nord-Côtiers est demeuré relativement stable en 2005-2009 comparativement à 2000-2004 alors qu'il s'est abaissé de 7 % environ dans le reste de la population masculine québécoise. Nonobstant la relative stabilité du nombre de décès par cancer de la prostate sur la Côte-Nord, on note une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité (32 c. 23 décès pour 100 000). Le reste de la population masculine du Québec voit son taux de mortalité décroître significativement (29 c. 23 décès pour 100 000).

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

À toutes les périodes quinquennales, les données régionales montrent que les hommes nord-côtiers connaissent une mortalité par cancer de la prostate similaire à celle du reste de la population masculine québécoise.

Tableau 4 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) de décès par cancer selon certains sièges, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009

Siège du cancer	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n ²	Taux ajusté ¹								
Poumon ³										
Côte-Nord	45	91,8 (+)	60	109,9 (+)	74	113,9 (+) +	76	99,8 (+)	90	101,6 (+)
Reste du Québec	3 607	75,1	4 276	77,5	4 727	76,8	5 096	74,1	5 595	72,1
Colorectal ⁴										
Côte-Nord	17	38,3	18	33,9	18	29,3	25	34,3	22	25,7 ↓
Reste du Québec	1 741	37,7	1 932	36,1	2 079	34,6	2 139	31,4	2 268	29,2
Sein chez la femme ⁵										
Côte-Nord	11	38,0	14	45,7	11	29,1 ↓	9	23,4 (-)	13	28,9
Reste du Québec	1 130	41,8	1 287	41,3	1 287	37,3	1 287	33,5	1 303	30,6
Prostate ⁶										
Côte-Nord	8	* 49,5	6	* 33,1	8	* 32,6	9	32,4	8	22,6
Reste du Québec	662	38,8	779	39,2	779	35,0	775	29,4	725	23,0

Source : M5SS, Fichier des décès (produit électronique).

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

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

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

+ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier de 1995-1999 est significativement supérieur à celui de la période 1985-1989, 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-9 = 162 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C33-C34 à partir de 2000).

4. (CIM-9 = 153-154; 159.0 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C18-C21; C26.0 à partir de 2000).

5. (CIM-9 = 174 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C50 à partir de 2000).

6. (CIM-9 = 185 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C61 à partir de 2000).

L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes.

À retenir

- En 2005-2009, avec 142 décès par année en moyenne, le cancer constitue la première cause de mortalité (40 %) chez les hommes de la Côte-Nord :
 - ✓ 2^e cause : maladies de l'appareil circulatoire (23 %);
 - ✓ 3^e cause : traumatismes (11 %).
- Chez les femmes nord-côtières, le cancer représente également la première cause de décès durant la même période (101 par année, soit 36 % des décès) :
 - ✓ 2^e cause : maladies de l'appareil circulatoire (23 %);
 - ✓ 3^e cause : maladies de l'appareil respiratoire (11 %).
- Légère tendance à la hausse (non significative) du taux ajusté de mortalité chez les hommes en 1995-1999 en regard de 1985-1989 (de 399 c. 413 pour 100 000). Aucune variation significative n'émerge chez les femmes (de 213 à 218 pour 100 000). En 2005-2009, on note une légère tendance à la baisse du taux de mortalité chez les hommes (344 pour 100 000) en regard de 2000-2004 (380 pour 100 000), mais une faible tendance à la hausse chez les Nord-Côtières (223 c. 211 pour 100 000).

À retenir (suite)

- **Cancer du poumon** : En 2005-2009, c'est celui qui tue le plus de personnes sur la Côte-Nord chez les deux sexes (90 décès en moyenne par année pour l'ensemble de la population). À chacune des périodes quinquennales, la Côte-Nord affiche une mortalité par cancer du poumon significativement plus élevée que le reste de la population québécoise. Sur la Côte-Nord, à l'instar du reste du Québec, le taux de décès des hommes surpasse celui des femmes. On remarque une hausse significative du taux de mortalité chez les Nord-Côtières entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 34 à 60 décès pour 100 000). Dans le cas des hommes, une tendance à la hausse émerge, mais elle s'avère non significative (de 151 à 176 pour 100 000).
- **Cancer colorectal** : Il se situe au second rang quant au nombre de décès par cancer sur la Côte-Nord (25 par année en 2000-2004 et 22 annuellement en 2005-2009). En 2005-2009, le taux ajusté de décès de l'ensemble de la population régionale a reculé significativement par rapport à 2000-2004 (26 c. 34 pour 100 000). Pour chacun des sexes, les taux de mortalité tendent aussi à s'infléchir, mais les variations ne sont pas significatives. Pour le reste du Québec, les baisses se révèlent significatives à la fois chez les hommes et chez les femmes.
- **Cancer du sein** : Du côté des Nord-Côtières, entre 2000-2004 et 2005-2009, le nombre de décès passe de 9 à 13 par année. On remarque une tendance à la hausse (non significative) du taux de mortalité pendant cette période (de 23 à 29 décès pour 100 000), mais une baisse significative chez les autres Québécoises (de 34 à 31 par 100 000). Fait à noter, les Nord-Côtières affichent, en 2000-2004, un taux ajusté de mortalité plus faible que les autres Québécoises (24 c. 34 pour 100 000). Chez les Nord-Côtières, on a enregistré, en moyenne, un plus grand nombre de décès par cancer du sein que par cancer colorectal en 2005-2009. Toutefois, si le taux ajusté de mortalité par cancer du sein de cette période tend à être un peu plus élevé que le taux par cancer colorectal (29 c. 21 pour 100 000), l'écart ne se révèle pas significatif.
- **Cancer de la prostate** : On observe 8 à 9 décès par année chez les Nord-Côtières de 2000-2004 à 2005-2009. Nonobstant cette stabilité, leur taux de mortalité tend à baisser (de 32 à 23 décès pour 100 000). Chez les autres hommes du Québec, le recul observé se révèle significatif (29 c. 23 pour 100 000). Les hommes de la région affichent un taux mortalité similaire à celui des autres Québécois, et ce, peu importe la période quinquennale.

Éléments de réflexion pour l'action

a) Pertinence d'agir

Comme il est mentionné dans le bulletin portant sur l'incidence du cancer dans la région nord-côtière, cette maladie constitue l'un des problèmes de santé les plus importants, tant sur la Côte-Nord qu'au Québec. Elle constitue la première cause de décès sur la Côte-Nord comme dans le reste du Québec.

Tout comme dans le cas de l'incidence, certains facteurs doivent être pris en compte dans l'interprétation des variations des taux de décès par 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.

Parmi d'autres éléments possibles, mentionnons la participation et la qualité des interventions de dépistage précoce pour certains cancers, dans la mesure où un tel dépistage peut accroître les chances de succès thérapeutique. L'amélioration des traitements contre le cancer, et contre certains sièges spécifiques, peut résulter en de meilleures chances de survie au terme de quelques années.

Tout indique qu'au moins la moitié des nouveaux cas de cancer (environ 270) et des décès par cancer (environ 120) pourraient être prévenus 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 tabagisme⁸.

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 environ⁹. 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 sein¹⁰ indépendamment d'autres facteurs¹¹.

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'endomètre¹². Dans le cas des femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait deux à trois fois plus élevé¹³.

Le risque de cancer 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 à risque et ce risque croît avec la quantité consommée¹⁴.

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

9. 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.

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

11. Ibid., p. 54.

12. 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.

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

14. 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.

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 assertion¹⁵.

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 cancer¹⁶

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 santé¹⁷.

Les prochaines sections s'intéressent spécifiquement à la composante du système de soins liée à la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La première composante (promotion et prévention primaire) a été abordée dans le numéro de « La santé recherchée » portant sur l'incidence du cancer.

d) Prévention secondaire et prévention tertiaire

Les interventions destinées à prévenir l'apparition du cancer appartiennent à la prévention dite primaire et s'adressent à la population en général. Pour sa part, le dépistage se situe au niveau de la prévention secondaire. Il s'agit de détecter précocement la présence du cancer chez les personnes déjà atteintes afin d'entreprendre des traitements destinés à favoriser une guérison, une rémission ou, à tout le moins, empêcher une aggravation de la maladie. À cette fin, le dépistage consiste à appliquer des tests pour départager les personnes probablement atteintes d'une maladie non diagnostiquée, en l'occurrence le cancer dans le cas présent, de celles qui ne le sont probablement pas parmi un ensemble d'individus présentant un certain risque. Les personnes dont le résultat s'avère positif ou incertain peuvent être référées pour passer des tests ou des examens plus poussés en vue de l'établissement d'un diagnostic.

La prévention tertiaire s'adresse aux personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer. Elle comprend un ensemble d'interventions visant à atténuer les séquelles de la maladie, autant aux plans physique que psychologique, à améliorer leur qualité de vie, à prévenir le développement d'autres pathologies et, notamment, la survenue d'autres cancers associés au maintien d'habitudes de vie considérées comme

15. 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).

16. 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.

17. 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).

des facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, obésité, etc.). La prévention tertiaire vise aussi à réduire la mortalité.

Il est reconnu, dans la littérature scientifique, que certains facteurs de risque, comme le tabagisme par exemple, peuvent altérer la réponse au traitement et engendrer une récurrence, voire même induire la survenue d'un second cancer primaire, de même que l'apparition d'autres maladies chroniques comme la maladie cardiovasculaire. D'ailleurs, des études auraient démontré des effets positifs à l'acquisition de saines habitudes de vie (facteurs de protection) chez des patients atteints de cancer, notamment au regard de l'activité physique. Des liens significatifs entre la pratique régulière d'activité physique et une réduction du risque de décès auraient été mis en évidence. Les interventions poursuivies en matière de prévention tertiaire s'inscrivent dans un processus de prise en charge du patient afin de l'accompagner tout au long du continuum de soins¹⁸.

e) Quels cancers dépister ?

En 2013, la Direction de santé publique à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec ont publié un aide-mémoire relativement aux pratiques préventives dans le cadre de l'examen médical périodique chez l'adulte. Le cancer constitue l'un des thèmes abordés¹⁹. Le tableau 5 présente une synthèse concernant les dépistages recommandés pour certains types de cancer chez les adultes. Le tableau 6 présente les mêmes informations pour les dépistages non recommandés²⁰.

Tableau 5 - Synthèse relative aux dépistages recommandés de certains sièges de cancer chez l'adulte

Siège du cancer	Groupe cible	Recommandation
Sein	Femmes à haut risque	<ul style="list-style-type: none"> Le dépistage génétique pourrait aussi être envisagé pour les personnes à haut risque. Même si l'enseignement de l'auto-examen des seins n'est pas recommandé, les femmes doivent consulter si elles observent des changements (masse, écoulement, rétraction, etc.).
	Femmes de 50 à 69 ans	<ul style="list-style-type: none"> La mammographie de dépistage aux deux ans (Programme québécois de dépistage du cancer du sein – PQDCS). L'examen clinique des seins n'est plus formellement recommandé pour le dépistage bien qu'il puisse apporter des informations supplémentaires.
Colorectal	Hommes et femmes de 50 à 74 ans sans facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Test aux deux ans.
	Personnes de 76 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> Pas de dépistage de routine. La coloscopie n'est pas indiquée pour le dépistage, sauf si la RSOSi est positive.
	Hommes et femmes de tout âge à risque élevé (historique familial ou personnel de cancer colorectal)	<ul style="list-style-type: none"> Sigmoïdoscopie aux 5 ans ou coloscopie aux 10 ans. Il est souhaitable de débiter le dépistage 10 ans plus tôt chez les adultes avec antécédents familiaux positifs.
Col utérin	Femmes de 21 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> L'Institut national de santé publique du Québec (2011) recommande un dépistage par frottis de Papanicolaou (PAP test) tous les deux à trois ans entre 21 et 65 ans chez les femmes non hystérectomisées, en raison de la rareté des cas avant cet âge.
	Femmes de 66 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> Après 65 ans, la cytologie n'est plus requise si les deux derniers tests sont négatifs.

18. VELTEN, Michel. *Prévention des cancers : Module 10 Cancérologie Oncohématologie*, Strasbourg, Faculté de médecine de Strasbourg, Année 2005-2006.

19. THIVIERGE, Dr Claude, D^{re} Johanne BLAIS, Dr Claude FOURNIER, Dr 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.

20. Adapté de : LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Le rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : Prévenir les cancers tous ensemble...*, p. 161-162 et de THIVIERGE, Dr Claude, D^{re} Johanne BLAIS, Dr Claude FOURNIER, Dr François GOULET et coll., *EMP 2013...*, p. 19-22.

Tableau 6 - Synthèse relative aux dépistages non recommandés ou controversés chez l'adulte

Siège du cancer	Groupe cible	Recommandation
Prostate ²¹	Hommes de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie d'au moins 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible) • Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ses patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte) • Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)
	Hommes de moins de 55 ans à plus haut risque (antécédents familiaux ou homme de race noire)	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins peuvent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible) • Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ses patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte) • Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)
	Hommes de plus de 70 ans ou avec une espérance de vie inférieure à 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans. (Recommandation forte)
Poumon	Personnes de 40 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune recommandation de dépistage systématique. Pour dépister le cancer du poumon, ni la radiographie, ni la cytologie des expectorations n'exercent d'influence positive sur la réduction de la mortalité.
Peau	Tous âges confondus	<ul style="list-style-type: none"> • L'Association des dermatologistes du Québec (2013) encourage la surveillance des lésions cutanées surtout chez les individus ayant des antécédents personnels ou familiaux positifs de cancers de la peau, ceux qui sont immunosupprimés, les adeptes du bronzage, les blonds ou les roux, ceux qui ont reçu des traitements de photothérapie, ceux qui font fréquemment des activités extérieures ou qui ont eu des coups de soleil en bas âge. Il faut utiliser son jugement clinique en présence d'une lésion atypique, évolutive ou qui ne guérit pas.

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

f) 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

21. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le dépistage du cancer de la prostate – Mise à jour 2013*, Juin 2013.

Méthode

Il s'agit des tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome. Les informations sont tirées du Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès) et couvrent les années 1985 à 2009. Les données publiées dans ce document proviennent de requêtes paramétrables produites par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) au printemps 2013. Les requêtes ont été formulées en lien avec l'indicateur « Taux de mortalité pour certaines maladies chroniques ».

La cause de décès utilisée pour calculer cet indicateur est la cause initiale du décès. « La cause de décès correspond ainsi à la maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès (...) Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) pour les années 1985 à 1999, et la dixième révision de la CIM (CIM-10) depuis 2000. »²²

En CIM-9, les codes 140 à 208, sauf le code 173, ont été retenus. En CIM-10, il s'agit des codes C00 à C97, à l'exception de C44. Étant donné les différences importantes entre les deux classifications, il est préférable d'éviter de comparer les données relatives à des causes spécifiques des décès survenus avant l'an 2000 à celles de la mortalité observée depuis cette date. « Dans la 10^e révision, de nouvelles catégories ont été ajoutées, d'autres ont été modifiées ou regroupées, et certaines règles d'identification de la cause initiale de décès ont changé. »²³

22. Équipe du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, et coll. *Taux de mortalité pour certaines maladies chroniques*, Fiche indicateur, Portail de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Version octobre 2012, p. 1.

23. Ibid., p. 2.

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. M^CTIERNAN, 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.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le dépistage du cancer de la prostate – Mise à jour 2013*, Juin 2013.
- 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.
- 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.
- EWART, R. M. « Primum non nocere and the quality of evidence : rethinking the ethics of screening », *The Journal of the American Board of Family Practice* 13(3) : 188-196, 2000.
- 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.
- LESSARD, Philippe, Yv BONNIER VIGER, Marie-Josée DROLET, Lucie TREMBLAY et coll. *Le 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), 2012, 280 p.
- 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.
- VELTEN, Michel. *Prévention des cancers : Module 10 Cancérologie Oncohématologie*, Strasbourg, Faculté de médecine de Strasbourg, Année 2005-2006.
- VÉZINA, Sylvie. *Les enjeux éthiques dans le programme québécois de dépistage du cancer du sein, Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Directions systèmes de soins et services, 2006, 83 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 

