

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

Québec 

**PORTRAIT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE  
DE LA POPULATION DE LA CÔTE-NORD  
MALADIES CHRONIQUES : LE CANCER  
ET  
ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR L'ACTION**

**Recherche, compilation des données, rédaction du texte, tableaux et figures**

Yves Therriault, Ph.D., agent de planification, de programmation et de recherche  
Direction régionale de santé publique

**Rédaction de la section « Organisation régionale des services de lutte contre le cancer »**

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

**Révision de la section « Organisation régionale des services de lutte contre le cancer »**

Lise Boivin, chef de service des affaires médicales et de la coordination des programmes-services  
Direction régionale des affaires médicales et de la coordination des programmes-services

**Révision générale**

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

Stéphane Trépanier, m.d.  
Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Nicole Boudreau, chef de service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation  
Direction régionale de santé publique

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

Chantale Bouchard  
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

Ellen Ward  
Agente de planification, de programmation et de recherche

**Note au lecteur**

La forme masculine utilisée dans le texte désigne, lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes et n'est utilisée qu'à seule fin d'alléger le texte.

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ([www.agencesante09.gouv.qc.ca](http://www.agencesante09.gouv.qc.ca)).

© Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2014

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque de l'Assemblée nationale

ISBN 978-2-89003-270-5 (version imprimée)

ISBN 978-2-89003-271-2 (PDF)

## TABLE DES MATIÈRES

---

Présentation.....	1
Principaux faits saillants.....	3
Méthodologie.....	9
Quelques déterminants du cancer au regard des habitudes de vie .....	17
Éléments de réflexion pour l'action .....	25
Références.....	33
Données statistiques	
Incidence du cancer : 1984 à 2008 .....	37
Incidence du cancer par territoire de RLS : 1984 à 2008.....	51
Incidence du cancer selon certains sièges : 1984 à 2008 .....	59
Mortalité par cancer : 1984 à 2009 .....	65
Mortalité par cancer dans les territoires de RLS : 1985 à 2009.....	77
Mortalité par cancer selon certains sièges : 1985 à 2009 .....	85
Hospitalisations en raison du cancer : 1989-1990 à 2011-2012.....	91
Hospitalisations en raison du cancer dans les territoires de RLS : Avril 1991 à mars 2011 .....	101
Hospitalisations en raison du cancer selon certains sièges : Avril 1991 à mars 2011 .....	109
Nomenclature des facteurs de risque du cancer .....	115
Annexe A - Tendances de l'incidence et de la mortalité associées aux taux de cancer, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population nord-côtière .....	125
Annexe B - Données annuelles de l'incidence du cancer sur la Côte-Nord et ses territoires de RLS : 1984 à 2008 .....	129
Annexe C - Données annuelles de la mortalité par cancer sur la Côte-Nord et ses territoires de RLS : 1984 à 2009 .....	139



## LISTE DES TABLEAUX

---

### DONNÉES STATISTIQUES

#### Incidence du cancer

Tableau 1	Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008 .....	46
Tableau 2	Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008 .....	47
Tableau 3	Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008 .....	48
Tableau 4	Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les femmes selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008 .....	49

#### Mortalité par cancer

Tableau 5	Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009 .....	72
Tableau 6	Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009 .....	73
Tableau 7	Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009 .....	74
Tableau 8	Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer chez les femmes selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009 .....	75

#### Hospitalisations en raison du cancer

Tableau 9	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes, Côte-Nord et reste du Québec, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011.....	97
Tableau 10	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011.....	98
Tableau 11	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les hommes selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011.....	99
Tableau 12	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les femmes selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011.....	100

## **Nomenclature des facteurs de risque du cancer**

Tableau 13	Facteurs de risque reconnus et possibles pour les principaux sièges de cancer .....	117
Tableau 14	Prévalence de certains facteurs de risque associés au cancer, population âgée de 18 ans ou plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	123

## **Annexe B - Données annuelles de l'incidence du cancer sur la Côte-Nord et ses territoires de RLS**

Tableau A1	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 1984-2008 .....	131
Tableau A2	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-2008.....	132
Tableau A3	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Manicouagan, 1984-2008.....	133
Tableau A4	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Port-Cartier, 1984-2008 .....	134
Tableau A5	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Sept-Îles, 1984-2008.....	135
Tableau A6	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Minganie, 1984-2008.....	136
Tableau A7	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés (pour 100 000) d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-2008.....	137

## **Annexe C – Données annuelles de la mortalité par cancer sur la Côte-Nord et ses territoires de RLS**

Tableau A8	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 1984-2009 .....	141
Tableau A9	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-2009 .....	142
Tableau A10	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Manicouagan, 1984-2009 .....	143
Tableau A11	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Port-Cartier, 1984-2009.....	144

Tableau A12	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de Sept-Îles, 1984-2009.....	145
Tableau A13	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Minganie, 1984-2009.....	146
Tableau A14	Nombre de décès, taux bruts et ajustés (pour 100 000) de décès par cancer chez les hommes et les femmes, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-2009.....	147



## LISTE DES FIGURES

---

### DONNÉES STATISTIQUES

#### Incidence du cancer

Figures 1 et 2	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers chez les hommes et les femmes, selon la région de résidence, 2004-2008.....	39
Figures 3 et 4	Répartition et nombre annuel moyen des nouveaux cas de cancer selon le type chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2004-2008.....	40
Figures 5 et 6	Nouveaux cas de cancer et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2008 .....	41
Figure 7	Changement relatif des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers selon le sexe, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2008.....	42
Figures 8 et 9	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008 .....	43
Figure 10	Taux bruts d'incidence pour l'ensemble des cancers selon le sexe et le groupe d'âge quinquennal, Côte-Nord, 2004-2008 .....	44
Figures 11 et 12	Répartition des nouveaux cas de cancer selon le groupe d'âge chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2004-2008.....	45

#### Incidence du cancer par territoire de RLS

Figure 13	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-1988 à 2004-2008 .....	53
Figure 14	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1984-1988 à 2004-2008 .....	54
Figure 15	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1984-1988 à 2004-2008.....	55
Figure 16	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1984-1988 à 2004-2008 .....	56

Figure 17	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1984-1988 à 2004-2008 .....	57
-----------	--	----

Figure 18	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-1988 à 2004-2008.....	58
-----------	--	----

**Incidence du cancer selon certains sièges**

Figures 19 et 20	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer du poumon et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008.....	61
------------------	---	----

Figures 21 et 22	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer colorectal et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008.....	62
------------------	--	----

Figure 23	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer de la prostate et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008.....	63
-----------	--	----

Figure 24	Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer du sein et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008.....	64
-----------	---	----

**Mortalité par cancer**

Figures 25 et 26	Taux de décès normalisés selon l'âge pour tous les cancers chez les hommes et les femmes selon la région de résidence, 2005-2009.....	67
------------------	---	----

Figures 27 et 28	Nombre de décès et taux de décès normalisés selon l'âge pour tous les cancers chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2009.....	68
------------------	---	----

Figure 29	Changement relatif des taux de décès normalisés selon l'âge pour tous les cancers selon le sexe, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2009.....	69
-----------	---	----

Figures 30 et 31	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009 .....	70
------------------	---	----

Figures 32 et 33	Répartition des décès selon la cause chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2005 à 2009 .....	71
------------------	--	----

**Mortalité par cancer dans les territoires de RLS**

Figure 34	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1985-1989 à 2005-2009.....	79
-----------	--	----

Figure 35	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1985-1989 à 2005-2009.....	80
Figure 36	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1985-1989 à 2005-2009 .....	81
Figure 37	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1985-1989 à 2005-2009.....	82
Figure 38	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1985-1989 à 2005-2009 .....	83
Figure 39	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour tous les cancers et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1985-1989 à 2005-2009 .....	84

#### **Mortalité par cancer selon certains sièges**

Figures 40 et 41	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009 .....	87
Figures 42 et 43	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009 .....	88
Figure 44	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate et du nombre annuel moyen de décès selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009 .....	89
Figure 45	Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge pour le cancer du sein et du nombre annuel moyen de décès chez les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009.....	90

#### **Hospitalisations en raison du cancer**

Figures 46 et 47	Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les hommes et les femmes selon la région de résidence, 2007-2008 à 2011-2012 .....	93
Figures 48 et 49	Nombre d'hospitalisations et taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1989-1990 à 2011-2012.....	94
Figures 50 et 51	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1991-1996 à 2006-2011 .....	95

Figures 52 et 53	Répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2007-2008 à 2011-2012 .....	96
------------------	--	----

### **Hospitalisations en raison du cancer dans les territoires de RLS**

Figure 54	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1991-1996 à 2006-2011 .....	103
Figure 55	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1991-1996 à 2006-2011 .....	104
Figure 56	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1991-1996 à 2006-2011 .....	105
Figure 57	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1991-1996 à 2006-2011 .....	106
Figure 58	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1991-1996 à 2006-2011 .....	107
Figure 59	Évolution du taux d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1991-1996 à 2006-2011 .....	108

### **Hospitalisations en raison du cancer selon certains sièges**

Figures 60 et 61	Évolution du taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour cancer du poumon chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011 .....	111
Figure 62	Évolution du taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour cancer de la prostate selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011 .....	112
Figure 63	Évolution du taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour cancer du sein chez la femme selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011 .....	113

**Annexe A – Tendance de l'incidence et de la mortalité associées aux taux de cancer, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population nord-côtière**

Figure A1	Tendance de l'incidence associée aux taux de cancer, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population, Ensemble des cancers sauf cancers de la peau sans mélanome, Région Côte-Nord, 1984 à 2008 .....	127
Figure A2	Tendance de la mortalité associée aux taux de cancer, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population, Ensemble des cancers sauf cancers de la peau sans mélanome, Région Côte-Nord, 1984 à 2008 .....	128



## **LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS**

---

CHSGS	: Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CIM	: Classification internationale des maladies
CIM-O-3	: Classification internationale des maladies en oncologie
CSSS	: Centre de santé et de services sociaux
CV	: Coefficient de variation
ESCC	: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESCN	: Enquête Santé Côte-Nord
ESUTC	: Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada
FiTQ	: Fichier des tumeurs du Québec
GAC	: Guide alimentaire canadien
IMC	: Indice de masse corporelle
INSPQ	: Institut national de santé publique du Québec
ISQ	: Institut de la statistique du Québec
MED-ÉCHO	: Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	: Organisation mondiale de la santé
RLS	: Réseau local de services
RSS	: Région sociosanitaire
RTSS	: Réseau de télécommunications sociosanitaires



## PRÉSENTATION

---

Le cancer constitue l'un des problèmes de santé les plus importants, tant sur la Côte-Nord qu'au Québec. En fait, dans la région, comme au Québec, cette maladie 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 hommes et 240 femmes ont reçu un diagnostic de cancer.

Selon des données publiées par la Société canadienne du cancer (Statistiques 2013, p. 23), en 2007, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie s'établissait à 41,3 % chez les femmes et à 46,4 % chez les hommes.

Ce document fait état des principales données nord-côtières relatives au cancer. Il s'inscrit dans la continuité des informations déjà publiées sur le sujet dans les numéros de La santé recherchée en 2002 et 2006. Le texte répond aussi à ma responsabilité de directeur régional de santé publique par intérim d'informer la population nord-côtière, notamment au regard des principaux problèmes de santé qui affectent les résidents de la Côte-Nord.

La première partie résume les principaux résultats. La seconde esquisse certaines considérations méthodologiques afin de permettre au lecteur d'avoir une compréhension adéquate des données. La troisième partie traite des principales habitudes de vie ayant un lien connu avec le cancer. Plus particulièrement, il fait état des résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 au regard de la prévalence de certains facteurs de risque modifiables du cancer (tabagisme, alimentation, sédentarité, excès de poids, consommation d'alcool, etc.) au sein de la population de 18 ans et plus de la région vivant en ménage privé. Des informations tirées de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 en lien avec la consommation de fruits et légumes sont également présentées. La quatrième section aborde la question de la prévention du cancer. Les trois sections suivantes brosent un portrait de la situation régionale et, autant que possible, infrarégionale au regard de l'incidence<sup>1</sup> de la maladie, de la mortalité ainsi que de la morbidité hospitalière. Ce document comprend aussi trois annexes qui fournissent d'autres informations statistiques pertinentes.

Les statistiques sont généralement illustrées par des graphiques accompagnés de faits saillants. Dans la plupart des cas, l'analyse porte sur les 20 ou 25 dernières années disponibles, ce qui permet de dégager des tendances temporelles. Dans la mesure du possible, les données sont ventilées selon le sexe et la situation régionale est comparée au reste du Québec ou, dans certains cas, à l'ensemble de la province. Lorsque les informations se rapportent à la situation dans les RLS<sup>2</sup>, la comparaison est faite en regard du reste du Québec et, parfois, du reste de la région nord-côtière, c'est-à-dire la Côte-Nord excluant le territoire de RLS concerné.

Cette publication constitue le portrait le plus exhaustif de la situation du cancer dans la région et dans ses territoires de réseaux locaux présenté jusqu'ici par la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Il me fait plaisir de mettre ce document à la disposition de la population nord-côtière, des professionnels, intervenants et autres personnes intéressées ou préoccupées par cet important problème de santé.

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

---

1. L'incidence est le nombre de nouveaux cas observés pendant une période donnée au sein d'une population en particulier.

2. RLS (réseau local de services). Un territoire de RLS correspond au territoire de CSSS (centre de santé et de services sociaux).



## PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS

---

### L'ENSEMBLE DES CANCERS

#### L'incidence

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer au sein de la population masculine de la Côte-Nord est passé de 179, en 1984-1988, à 303 en 2004-2008. Chez les femmes, ce nombre est passé de 143, en 1984-1988, à 244 en 2004-2008. L'augmentation des cas de cancer chez les deux sexes est en grande partie attribuable au vieillissement de la population. Par exemple, si la population nord-côtière avait eu, en 2008, la même structure d'âge que la population de 1984, la région aurait enregistré 254 nouveaux cas de cancer au lieu des 588 survenus en réalité (figure A1, en annexe).
- Malgré l'augmentation du nombre de cancers chez les hommes, on observe, en 2004-2008, une tendance à la baisse de leur taux ajusté d'incidence par rapport à 1984-1988 (708 c. 756 pour 100 000). Toutefois, l'écart demeure insuffisant pour être déclaré statistiquement significatif par des tests statistiques. Du côté des femmes nord-côtières, les données de 2004-2008 révèlent une tendance à la hausse, mais non significative, de l'incidence du cancer en regard de 1984-1988 (540 c. 515 pour 100 000).
- Pour chacune des périodes quinquennales entre 1984 et 2008, les hommes de la Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux que ceux du reste du Québec à être touchés par le cancer. Le même phénomène prévaut chez les Nord-Côtières en regard des autres Québécoises, sauf en 1999-2003.
- Sur l'ensemble de la période, les femmes nord-côtières ont des taux d'incidence du cancer significativement inférieurs à ceux des hommes. Le même constat se dégage de l'analyse des données du reste du Québec.
- Chez les hommes, environ 59 % des Nord-Côtières qui ont reçu un diagnostic de cancer entre 2004-2008 sont âgés entre 60 et 79 ans. Près de 29 % des cancers sont diagnostiqués chez les moins de 60 ans. Un peu moins de la moitié des femmes de la Côte-Nord (47 %) qui ont reçu un diagnostic de cancer, entre 2004 et 2008, sont âgées entre 50 et 69 ans. Environ 41 % ont moins de 60 ans.
- Toujours entre 2004-2008, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes est celui du poumon (23 % des nouveaux cas), suivi du cancer de la prostate (21 %) et du cancer colorectal (11 %). Ces trois sièges représentent plus de la moitié (55 %) des nouveaux cas de cancer observés au sein de la population masculine nord-côtière. Le cancer du sein représente le quart (25 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes. Les autres cancers les plus fréquents sont celui du poumon (18 %) et le cancer colorectal (10 %).
- Quelques RLS nord-côtières se démarquent par des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que le reste du Québec. C'est vrai, entre autres, pour celui de Sept-Îles à toutes les périodes quinquennales. Ce RLS présente toutefois un taux d'incidence du cancer semblable au reste de la Côte-Nord, sauf en 1994-1998 où il s'avère plus élevé au plan statistique.
- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer observé entre 2004-2008 a augmenté parfois de façon importante en regard des années 1984-1988 dans presque tous les territoires de RLS. Toutefois, 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 légère tendance à la baisse émerge dans les territoires de RLS suivants : Manicouagan, Sept-Îles, Minganie et Basse-Côte-Nord.

## La mortalité

- En 2005-2009, 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, environ 36 % des décès chez les Nord-Côtiers sont attribuables au cancer. Cette maladie constitue la première cause de mortalité chez les femmes de la Côte-Nord, suivie des maladies de l'appareil circulatoire (23 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (11 %).
- En raison du passage, en 2000, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des causes de décès, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1985 à 1999 et 2000 à 2009).
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer chez les hommes nord-côtiers est passé de 89 à 123, soit une augmentation de 38 %. Toutefois, le contrôle de l'effet de l'âge démontre que les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié de manière significative bien que l'on note une certaine tendance à la hausse (de 399 à 413 décès pour 100 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 17 % durant la même période; cependant, leur taux ajusté de mortalité a reculé significativement (de 371 à 339 décès pour 100 000).
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer a continué de croître, et ce, autant chez les Nord-Côtiers (8 %) que dans le reste de la population masculine québécoise (5 %). Malgré ces hausses du nombre de décès, on observe une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes de la Côte-Nord (380 c. 344 décès pour 100 000). Dans le reste de la population masculine du Québec, le recul du taux de mortalité s'avère significatif au plan statistique (316 c. 284 pour 100 000).
- 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.
- Chez les femmes nord-côtières, le nombre annuel moyen de décès par cancer a connu une croissance d'environ 38 % entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 53 à 73). Pendant la même période, cette hausse s'établit à 28 % dans le reste de la population féminine québécoise. En contrepartie, les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié significativement, ni chez les Nord-Côtiers, ni chez les autres Québécoises.
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer a aussi augmenté, et ce, autant chez les femmes de la Côte-Nord (22 %) que chez les autres Québécoises (9 %). On observe une tendance à la hausse du taux ajusté de mortalité des Nord-Côtiers (de 211 à 223 décès pour 100 000). Du côté des autres femmes du Québec, malgré le faible écart dans les taux, le fléchissement enregistré se révèle significatif (de 205 à 201 décès pour 100 000).
- Chez les Nord-Côtiers, les taux de mortalité 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 à toutes les périodes quinquennales.
- Dans l'ensemble de la population, quelques RLS se démarquent par des taux ajustés de mortalité par cancer significativement plus élevés que le reste du Québec. C'est vrai, entre autres, pour celui de la Haute-Côte-Nord et du RLS de Sept-Îles à partir des années 1990-1994. En 1995-1999, le RLS de Sept-Îles affiche même un taux de mortalité supérieur au reste de la population nord-côtière.

- Le taux de mortalité par cancer dans le RLS de Manicouagan se compare toujours statistiquement à celui du reste du Québec, exception faite des années 1990-1994. En 1995-1999, le RLS de Manicouagan connaît même un taux de mortalité significativement plus faible que l'ensemble des autres territoires de la région nord-côtière.

## Les hospitalisations

- De 2007-2008 à 2011-2012, le cancer (incluant les tumeurs bénignes) représente la quatrième cause d'hospitalisation (environ 10 %) chez les hommes nord-côtiers. Ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui constituent la première cause d'hospitalisation (21 %). Si l'on ne tient pas compte des hospitalisations liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période qui suit l'accouchement, les données indiquent que le cancer (incluant les tumeurs bénignes) se situe au quatrième rang des diagnostics liés aux hospitalisations des femmes nord-côtières au cours de la même période (environ 11 %). Le premier motif d'hospitalisation se rapporte aux maladies de l'appareil circulatoire (15 %).
- En raison du passage, en 2006, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des diagnostics, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1991-1996 à 2001-2006 et 2006-2007 à 2010-2011).
- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes chez les hommes nord-côtiers est passé de 450 à 388, ce qui représente une diminution de 14 %. Lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on constate que le taux ajusté d'hospitalisation a fléchi de manière significative (de 155 à 99 pour 10 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen d'hospitalisations a reculé d'environ 6 % durant la même période; leur taux a également décliné significativement (de 100 à 75 hospitalisations pour 10 000).
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes se chiffre à 392 chez les hommes de la Côte-Nord, pour un taux ajusté de 86 pour 10 000. Ces données ne peuvent pas être comparées à celles d'avant 2006-2007 puisqu'elles sont fondées sur une classification différente.
- Cependant, peu importe la période quinquennale étudiée, la population masculine nord-côtière enregistre des taux ajustés d'hospitalisation significativement plus élevés que l'ensemble des autres hommes du Québec.
- Chez les femmes nord-côtières, la moyenne annuelle du nombre d'hospitalisations pour tumeurs malignes a connu une baisse d'environ 11 % entre 1991-1996 et 2001-2006 (de 335 à 297). Pendant la même période, cette diminution s'établit à 3 % environ dans le reste de la population féminine québécoise.
- Toujours entre avril 1991 et mars 2006, les taux ajustés d'hospitalisation ont reculé significativement chez les Nord-Côtières et les autres Québécoises. Sur la Côte-Nord, le taux est passé de 96 à 69 hospitalisations pour 10 000. Dans le reste de la population féminine du Québec, il a diminué de 71 à 57 hospitalisations pour 10 000 personnes.
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes s'établit à 327 chez les femmes de la Côte-Nord. Ce nombre représente un taux ajusté de 69 hospitalisations pour 10 000.
- D'après les taux ajustés, les Nord-Côtières sont davantage hospitalisées pour des tumeurs malignes que les autres femmes québécoises. Sur la Côte-Nord, comme dans le reste du Québec, les femmes affichent des taux d'hospitalisation significativement inférieurs à ceux des hommes.

- La plupart des RLS se démarquent par des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes significativement plus élevés que le reste du Québec, et ce, pratiquement à toutes les périodes quinquennales.

## LE CANCER SELON LES PRINCIPAUX SIÈGES

### Le cancer du sein

- Entre 1984-1988 et 2004-2008, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes nord-côtières a augmenté d'environ 65 % (de 37 à 61). Malgré cette hausse du nombre de cas de cancer du sein, le taux ajusté d'incidence n'a pas augmenté 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 s'avère significative (119 c. 137 pour 100 000).
- 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.
- 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 la variation ne soit pas statistiquement significative (38 c. 29 décès pour 100 000 personnes). Chez les autres Québécoises, le nombre annuel moyen de décès a augmenté d'environ 14 % durant la même période; cependant, leur taux ajusté de mortalité a diminué légèrement (de 42 à 37 décès pour 100 000).
- 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 (de 23 à 29 décès pour 100 000). Le reste de la population féminine du Québec voit son taux ajusté de mortalité reculer de manière significative (de 34 à 31 décès pour 100 000).
- Les Nord-Côtières présentent une mortalité comparable, au plan statistique, à celle des autres Québécoises, bien que l'on observe une tendance voulant que les femmes de la région décèdent moins du cancer du sein que ces dernières, et ce, pour la plupart des périodes quinquennales. Toutefois, le taux ajusté de mortalité des Nord-Côtières enregistré en 2000-2004 se révèle significativement plus faible que celui des autres femmes du Québec (23 c. 34 pour 100 000 femmes).

### Le cancer de la prostate

- Entre 1984-1988 et 2004-2008, le nombre annuel moyen de cancers de la prostate chez les hommes nord-côtières a plus que triplé (de 18 à 63).
- Pour certaines périodes quinquennales, la Côte-Nord présente un taux d'incidence du cancer de la prostate comparable, au plan statistique, à celui du reste de la population masculine québécoise. Cependant, les Nord-Côtières 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 de ce cancer.
- Le taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate observé sur la Côte-Nord en 2004-2008 représente une hausse significative en regard du taux de la période 1984-1988 (143 c. 99 pour 100 000).

- 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<sup>3</sup> décès pour 100 000 personnes). 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).
- La population nord-côtière présente une mortalité par cancer de la prostate comparable, au plan statistique, à celle des autres Québécois.

### Le cancer du poumon

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon de la population masculine nord-côtière est passé de 51, en 1984-1988, à 70 en 2004-2008. Malgré cette hausse, on assiste, en 2004-2008, à une diminution du taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les hommes comparativement à 1984-1988 (172 c. 219 pour 100 000). Du côté des Nord-Côtiers, non seulement le nombre annuel moyen a-t-il augmenté durant cette période (de 12 à 44), mais leur taux ajusté d'incidence a également enregistré une hausse significative (de 45 à 98 pour 100 000). Ce constat est conforme à ce qui prévaut dans le reste du Québec. Cette différence entre les sexes, constatée aussi ailleurs, reflète probablement le fait que la baisse de l'usage du tabac s'est amorcée plus tôt chez les hommes que chez les femmes.
- En contrepartie, à chacune des périodes quinquennales, les hommes nord-côtiers, comme ceux du reste du Québec, sont encore significativement plus touchés par le cancer du poumon que les femmes.
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux que ceux du reste du Québec à recevoir un diagnostic de cancer du poumon. Il en va de même des femmes nord côtières qui, à l'exception des années 1984-1988, affichent un taux ajusté d'incidence significativement plus élevé que celui des autres Québécoises.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon chez les hommes nord-côtiers est passé de 36 à 54, soit une augmentation de 50 %. Les taux ajustés de mortalité n'ont cependant pas varié de manière significative, bien qu'une certaine tendance à la hausse se dessine (151 c. 176 décès pour 100 000 personnes). Chez les femmes nord-côtières, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon a connu une hausse d'environ 122 % au cours de cette période (de 9 à 20). Leur taux ajusté de mortalité est passé de 34 à 60 décès pour 100 000, ce qui représente une hausse significative. Les autres Québécoises ont aussi vu leur taux ajusté de mortalité croître significativement.
- En 2005-2009, on note une légère tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes de la Côte-Nord 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 Côtiers (66 c. 72 décès pour 100 000). Quant aux autres femmes du Québec, malgré le mince écart entre les taux, l'augmentation s'avère significative (de 51 à 55 décès pour 100 000).

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

- Par contre, sur la Côte-Nord, comme dans le reste du Québec, les femmes affichent une mortalité par cancer du poumon plus faible que celle des hommes pour toutes les périodes quinquennales retenues.

### Le cancer colorectal

- De 1984-1988 jusqu'en 1999-2003, on observe une augmentation constante de la moyenne annuelle de nouveaux cas de cancer colorectal chez les hommes nord-côtiers (de 23 à 33). Le nombre moyen de nouveaux cas se chiffre à 32 dans la période subséquente (2004-2008). Le taux ajusté du taux d'incidence du cancer colorectal enregistré en 2004-2008 chez les hommes de la Côte-Nord ne se révèle pas significativement différent de celui de 1984-1988, bien qu'il se dessine une tendance à la baisse (74 c. 90 pour 100 000 personnes). Dans le reste du Québec, la diminution s'avère significative. Chez les Nord-Côtières, on remarque, en 2004-2008, un fléchissement significatif du taux ajusté d'incidence de ce type de cancer par rapport à 1984-1988 (53 c. 79 pour 100 000), même si le nombre de nouveaux cas se maintient généralement entre 20 et 24 par année. Les autres Québécoises ont également vu leur taux d'incidence du cancer colorectal reculer de manière significative durant la même période.
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Côte-Nord présentent un taux d'incidence du cancer colorectal comparable, au plan statistique, à celui du reste de la population masculine québécoise. Le même constat prévaut chez les Nord-Côtières en regard des autres femmes québécoises.
- Sur la Côte-Nord, l'incidence du cancer colorectal dans la population féminine s'avère plus faible que chez les hommes depuis 1994-1998. De 1984-1988 à 1989-1993, l'incidence du cancer colorectal chez les deux sexes est statistiquement comparable. Dans le reste du Québec, à chacune des périodes quinquennales étudiées, ce type de cancer se révèle significativement moins fréquent chez les femmes que chez les hommes.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal chez les hommes nord-côtiers demeure très stable, autour de 9. Les taux ajustés de mortalité montrent toutefois une légère tendance à la baisse, bien que la variation ne soit pas statistiquement significative (de 37 à 31 décès pour 100 000 personnes). Si le nombre annuel moyen de Nord-Côtières décédées du cancer colorectal est resté lui aussi plutôt stable durant cette période, leur taux ajusté de mortalité tend également à s'infléchir au cours de ces années (de 39 à 28 décès pour 100 000).
- Nonobstant la relative stabilité du nombre de décès par cancer colorectal chez les hommes de la Côte-Nord entre 2000-2004 et 2005-2009 (autour de 14 par année), on constate une tendance à la baisse de leur taux ajusté de mortalité (de 37 à 30 décès pour 100 000). Le reste de la population masculine du Québec voit son taux ajusté de mortalité décroître significativement (de 39 à 35 décès pour 100 000), malgré la croissance du nombre annuel moyen de décès. Le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal des femmes de la Côte-Nord a reculé d'environ 25 % (de 12 à 9), mais a augmenté de 5 % chez les autres Québécoises. On note une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité des Nord-Côtières (de 31 à 21 décès pour 100 000). Chez les autres femmes du Québec, malgré le faible écart des taux, le fléchissement enregistré entre 2000-2004 et 2005-2009 s'avère significatif (de 26 à 24 décès pour 100 000).
- La mortalité des hommes et des femmes de la Côte-Nord due au cancer colorectal ne se démarque pas significativement de celle des autres Québécois du même sexe tout au long de la période analysée.
- Les Nord-Côtières connaissent aussi une mortalité similaire à celle des hommes de la région, sauf en 1990-1994 où leur taux ajusté de décès s'avérait inférieur à celui de la population masculine régionale. Dans le reste du Québec, les femmes affichent une mortalité par cancer colorectal significativement moins élevée que celle des hommes, et ce, durant toutes les périodes quinquennales retenues.

## MÉTHODOLOGIE

---

Nous avons étudié les tendances à long terme relatives aux taux d'incidence, de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge, observés sur la Côte-Nord et dans le reste du Québec sur une période d'environ 25 ans. Cette étude porte sur l'ensemble des cancers ainsi que sur les quatre principaux sièges de cancer (sein chez la femme, prostate, poumon et colorectal).

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. Elles sont exclues car il s'agit de tumeurs qui n'ont pas envahi les tissus environnants. On considère toutefois qu'il existe un risque élevé qu'une tumeur in situ devienne invasive. Conformément à la pratique courante, les cancers de la peau (basocellulaires et squameux) autres que le mélanome ne sont pas pris en compte.

### 1.1 QUELQUES DÉFINITIONS

#### Le cancer

*« Le cancer est une prolifération anarchique de cellules atypiques qui s'attaquent aux tissus sains de l'organisme. L'expression tumeur maligne est synonyme de cancer. Chaque cas de cancer est caractérisé par le siège d'origine du cancer (topographie), par la morphologie des cellules cancéreuses (histologie) et le comportement de la tumeur (tumeur à évolution imprévisible, tumeur in situ et cancer infiltrant)<sup>4</sup> ».*

#### L'incidence du cancer<sup>5</sup>

Il s'agit du nombre de nouveaux cas pour l'ensemble des sièges ou un type de cancer donné, diagnostiqués chez les résidents d'un territoire spécifique au cours d'une période en particulier.

L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de tumeur primaire plutôt que l'individu<sup>6</sup>, 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 taux bruts selon le sexe enregistrés sur la Côte-Nord et dans les RLS au regard de l'ensemble des sièges sont rapportés dans des tableaux en annexe.

#### Les décès

Les données concernent la mortalité associée à l'ensemble des tumeurs malignes ou à un siège spécifique chez les résidents d'un territoire donné. Les décès sont aussi exprimés sous la forme d'un taux ajusté pour 100 000 personnes.

#### Les hospitalisations

Les informations ont trait aux épisodes d'hospitalisation dont le diagnostic principal d'admission est lié à un siège spécifique de cancer. Elles couvrent des années financières, soit du 1<sup>er</sup> avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. Il est important de garder à l'esprit que le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes hospitalisées. En effet, une personne peut avoir été admise à

---

4. 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 (INSPQ), Version octobre 2012, p. 1.

5. À ne pas confondre avec le concept de « prévalence », lequel réfère au nombre total de cas de cancer existants au sein d'une population au cours d'une période donnée.

6. 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 (INSPQ), Version octobre 2012, p. 1.

l'hôpital plus d'une fois durant la même année financière. Les données hospitalières sont traduites sous la forme d'un taux ajusté, mais sur la base de 10 000 personnes.

## 1.2 LES SOURCES DES DONNÉES

### L'incidence du cancer

Les informations relatives à l'incidence du cancer sont tirées 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 la chirurgie d'un jour inscrits au Fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO). Depuis 2007, le Québec emploie la troisième révision de la Classification internationale des maladies en oncologie (CIM-O-3)<sup>7</sup> alors que, auparavant, les cancers étaient codés dans le FiTQ 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. Certaines tumeurs qui n'étaient pas considérées comme malignes, selon la CIM-9, le sont devenues avec la CIM-O-3. L'inverse est aussi vrai. En raison du changement de classification, il est inapproprié de comparer les statistiques relatives à l'incidence diffusées dans ce document avec celles déjà publiées antérieurement.

Il convient de mentionner que l'exhaustivité du FiTQ n'est pas parfaite puisque l'incidence est fondée sur les épisodes d'hospitalisation et les chirurgies d'un jour. Les cas de cancer diagnostiqués et traités sans jamais nécessiter une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour n'apparaissent pas dans ce fichier. Une étude menée en 2003 par l'INSPQ, d'après des cancers confirmés par histopathologie en 1996, montre que le cancer de la prostate, le mélanome de la peau et le cancer de la vessie seraient les plus sous-estimés. La sous-estimation atteindrait respectivement 32 %, 35 % et 14 %<sup>8</sup>. L'exhaustivité du fichier serait d'environ 92 % pour l'ensemble des cancers. Elle s'établirait à 96 % environ si l'on ne tient pas compte des trois sièges de cancer les plus sous-déclarés<sup>9</sup>.

Précisons également que le FiTQ a un caractère dynamique puisqu'il peut être mis à jour par l'ajout d'enregistrements ou la modification d'enregistrements existants. C'est pourquoi il arrive que le nombre de cas déclarés pour une année donnée varie d'une diffusion à l'autre. Au moment de la production des données requises pour ce portrait (printemps 2013), le Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec utilisait la version de mars 2012 du FiTQ.

Par ailleurs, le Québec poursuit actuellement des travaux en vue de l'instauration d'un Registre des cancers qui comprendrait tous les cas de cancer de la population québécoise. Conséquemment, ce registre comprendra également les cancers diagnostiqués et traités sur une base ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation ou chirurgie d'un jour.

### Les hospitalisations

Les statistiques sont produites à partir du Fichier des admissions hospitalières (MED-ÉCHO). Pour ce document, seuls les soins physiques de courte durée sont pris en compte. Ainsi, les hospitalisations pour troubles mentaux, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et les hospitalisations de longue durée dans des unités de soins de courte durée ne sont pas comptés. Les hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé sont aussi exclues, de même

---

7. 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 (INSPQ), Version octobre 2012, p. 1.

8. Ibid., p. 3.

9. 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.

que celles liées à des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé autres que des maladies ou des traumatismes.

En outre, les hospitalisations retenues sont celles qui ont eu lieu dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), excluant ainsi les centres hospitaliers dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Il importe de considérer que les hospitalisations ne sont pas liées exclusivement à l'état de santé, mais également à d'autres facteurs comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, la distance entre le lieu de résidence du patient et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions d'établissements, la spécialisation des hôpitaux, etc. En ce sens, on peut affirmer que l'hospitalisation constitue une mesure indirecte de la gravité d'une maladie<sup>10</sup>. Conséquemment, les diminutions des taux d'hospitalisation peuvent refléter des changements, notamment dans les pratiques médicales ou administratives, plutôt que des changements liés à une maladie en particulier.

Au Québec, les diagnostics sont codés selon la CIM-9 pour les années 1982-1983 à 2005-2006 et selon la dixième révision (CIM-10) à partir de 2006-2007. Puisque les deux révisions présentent des différences importantes, il n'est pas recommandé de comparer des données postérieures et antérieures à 2006-2007<sup>11</sup>. Dans les figures, une coupure avant avril 2006 permet de distinguer la CIM-9 et la CIM-10.

## Les décès

Les données sont tirées du Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès). La cause initiale de décès est retenue pour dénombrer la mortalité par cancer. La codification des causes de décès est faite selon la CIM-9 pour ceux survenus jusqu'en 1999. À partir de 2000, la classification utilisée est la CIM-10. Tout comme pour les hospitalisations, il n'est pas recommandé de comparer des années utilisant des classifications différentes. Une coupure dans les graphiques marque le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

## 1.3 LES RÉSULTATS

La grande majorité des résultats présentés dans ce document proviennent de requêtes paramétrables faites sur le Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) entre janvier et mars 2013. Ce portail n'est pas accessible au grand public, mais seulement à certains utilisateurs autorisés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'INSPQ et du réseau de la santé et des services sociaux. Les niveaux d'accès sont modulés de façon à permettre aux utilisateurs d'obtenir uniquement les informations dont ils ont besoin dans l'accomplissement de leurs tâches et responsabilités. L'accès au portail n'est possible qu'à partir d'un ordinateur relié au réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS).

## 1.4 LES NOTIONS STATISTIQUES DE BASE

Les principales statistiques utilisées sont le nombre, le nombre annuel moyen et, surtout, le taux ajusté selon l'âge (taux annuel ou taux annuel moyen). Dans les cas où les données sont présentées par groupe d'âge, le taux brut est utilisé.

---

10. 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 (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 15.

11. 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 (INSPQ), Version octobre 2012, p. 1.

## Le nombre

Il réfère au nombre de cas ou d'événements enregistrés au sein d'une population durant une période donnée. Cette statistique s'avère particulièrement pertinente pour les fins de la planification ou de l'organisation des services. Les moyennes annuelles sont calculées sur une période de cinq ans.

## Le taux brut

C'est la mesure utilisée dans l'analyse des données par groupe d'âge. Il est calculé en rapportant le nombre d'événements observés au cours d'une période à la population moyenne à risque ( $P_A$ ) durant la même période. Celle-ci est obtenue en additionnant les effectifs populationnels de chacune des années d'une période et en divisant cette somme par le nombre d'années. Les effectifs de population utilisés sont les estimations et les projections démographiques produites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Celles-ci reposent sur les données corrigées du recensement canadien de 2006.

Les valeurs annuelles des taux bruts de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer de l'ensemble des groupes d'âge sont présentées aux tableaux A1 à A14 en annexe. Les données se rapportent à l'ensemble de la région nord-côtière et à chacun des territoires de RLS, exception faite de ceux de Caniapiscau et Kawawachikamach. Dans le cas de ces deux RLS, les petits nombres entraînent en effet une imprécision trop élevée des taux, sans compter que la diffusion des nombres annuels peut conduire à identifier des personnes. Les tableaux font état des données de l'ensemble de la population et des taux chez les hommes et les femmes pour chacun des territoires retenus. Les taux bruts sont présentés conjointement avec les taux ajustés.

## La standardisation ou ajustement des taux selon l'âge

Afin de permettre des comparaisons entre des populations différentes ou des comparaisons temporelles, les taux sont ajustés selon la méthode de standardisation directe en utilisant la population du Québec, sexes réunis, de 2006, comme population de référence. La standardisation permet de contrôler l'effet des structures d'âge différentes entre les populations ou de contrôler les changements dans la structure d'âge d'une population au fil des ans. L'âge est ici utilisé comme variable d'ajustement puisqu'il s'agit d'un déterminant majeur de la santé. Les taux ajustés annuels moyens sont calculés sur des périodes de cinq années. Ils permettent d'atténuer les variations parfois importantes observées sur une base annuelle, surtout dans le cas de petites populations comme celle de la Côte-Nord et, a fortiori, de ses territoires de RLS. En termes mathématiques, le taux ajusté par la méthode directe se formule ainsi<sup>12</sup> :

$$(1) \quad T_A = \sum_{i=1}^k w_i T_i$$

où :  $w_i$  est le poids de la strate d'âge  $i$ , sexes réunis, de la population de référence retenue;  
 $T_i$  est le taux brut pour la strate d'âge  $i$  de la population à l'étude;  
 $k$  est le nombre de strates du système de poids (le nombre de groupes d'âge).

Le taux ajusté s'interprète ainsi : c'est le taux brut que la population étudiée aurait enregistré au cours d'une période donnée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence. Contrairement au taux brut, le taux ajusté n'indique pas le fardeau réel d'une maladie au sein d'une population. Il ne doit être utilisé qu'à des fins comparatives comme c'est le cas dans ce texte.

---

12. 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 (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 35.

## La précision des estimations

La première mesure de précision des taux, employée dans ce document, est le coefficient de variation (CV). Il nous sert de barème pour apprécier la fiabilité des taux. On le définit comme le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type du taux sur le taux lui-même. Plus la valeur du CV est petite, plus la variabilité est faible et, par conséquent, plus le taux s'avère précis. Un coefficient de variation élevé ( $16,66\% < CV \leq 33,33\%$ ) commande la prudence dans l'interprétation des résultats. Un tel taux est accompagné d'un astérisque (\*). Lorsque le CV dépasse 33,33 %, le taux est considéré comme trop peu fiable pour être diffusé dans ce texte ou dans les tableaux et figures. Le taux est remplacé par la mention « \*\* n.p. ». L'erreur-type du taux ajusté est obtenue de la façon suivante<sup>13</sup> :

$$(2) \quad ET(T_A) = \sqrt{\sum_{i=1}^k w_i^2 \frac{m_i}{(PA_i)^2}}$$

où :  $w_i$  est le poids de la strate d'âge  $i$ , sexes réunis, de la population de référence retenue;  
 $m_i$  est le nombre de cas observés ou enregistrés au cours de la période dans la strate d'âge  $i$  de la population à l'étude;  
 $PA_i$  est le nombre de personnes au cours de la période dans la strate d'âge  $i$  de la population à l'étude.

## L'intervalle de confiance

Il s'agit de la deuxième mesure de précision utilisée. L'évaluation de la précision d'une estimation se fait en fonction d'un niveau de confiance ( $1-\alpha$ ) choisi préalablement. Dans le cas de l'incidence du cancer et des décès par cancer, le niveau de confiance est établi à 95 %. Il se chiffre à 99 % pour les hospitalisations. Il s'ensuit qu'on peut être certain, à 95 % ou à 99 % selon le cas, que l'intervalle de confiance contienne la vraie valeur de l'estimation.

Le calcul de l'intervalle de confiance fait intervenir l'erreur-type du taux (équation 2) et le taux lui-même. Plus l'erreur-type est petite, plus l'intervalle de confiance est étroit et plus le taux s'avère précis. Il faut comprendre aussi que la taille de la population, pour laquelle un taux est mesuré, a un impact sur la longueur de l'intervalle de confiance en raison de son lien avec le calcul de l'erreur-type. Pour une même valeur d'un taux, plus la taille de la population est grande, plus l'erreur-type est petite<sup>14</sup>.

Les intervalles de confiance des taux ajustés diffusés sur le Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec sont déterminés selon la méthode du logarithme népérien du taux. Cette méthode fait en sorte que l'intervalle de confiance n'est pas symétrique autour du taux<sup>15</sup>. Les intervalles de confiance sont illustrés dans les figures de ce document au moyen d'une barre verticale (⊥) ou horizontale (⊓). Mathématiquement, l'intervalle de confiance du taux ajusté s'exprime ainsi<sup>16</sup> :

13. 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 (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 41.

14. Ibid., p. 46.

15. Ibid., p. 47-48.

16. Ibid., p. 47.

$$(3) \left( \frac{T}{e^{\frac{z_{\alpha/2} ET_T}{T}}}; T \times e^{\frac{z_{\alpha/2} ET_T}{T}} \right)$$

où :  $T$  est le taux ajusté;  
 $e$  correspond approximativement à la valeur 2,718 que l'on élève à la puissance spécifiée;  
 $z_{\alpha/2}$  est la valeur de la statistique Z pour le seuil  $\alpha$  fixé;  
 $ET_T$  est l'erreur-type du taux, calculée selon l'équation (2).

L'avantage de cette formule réside dans le fait que les limites inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance ne peuvent pas prendre de valeurs négatives.

### Les comparaisons statistiques

Bien que des mesures soient calculées sur des données qui concernent l'ensemble de la population et non à partir d'un échantillon, les comparaisons doivent s'appuyer sur un test statistique. En effet, même au niveau populationnel, il existe de la variabilité dans les données qui se reflète par une erreur-type non nulle. Ainsi, en raison de l'imprécision associée aux valeurs estimées, il est hasardeux de comparer subjectivement (à l'oeil) deux valeurs. Cet exercice peut aboutir à des interprétations erronées quant à la réelle différence sur le plan statistique<sup>17</sup>.

Sur le portail de l'Infocentre, les tests statistiques relatifs aux taux issus de fichiers administratifs (comme le FITQ, celui des décès ou le fichier MED-ÉCHO) ne sont actuellement calculés que pour des comparaisons entre des territoires<sup>18</sup>. Pour des comparaisons entre d'autres groupes (ex. : entre les hommes et les femmes), l'auteur de ce document a réalisé des tests statistiques en calculant la valeur Z de la différence du logarithme népérien de deux taux à l'aide du logiciel Excel. Pour les taux d'incidence ou de mortalité, on conclut à une différence significative si la valeur Z calculée est plus petite que -1,96 ou plus grande que 1,96 (niveau de confiance de 95 %). Pour les taux d'hospitalisation, l'écart entre les taux est significatif si Z est inférieur à -2,58 ou supérieur à 2,58 (niveau de confiance de 99 %). En fonction du niveau de signification choisi, si la valeur Z calculée varie de -1,96 à 1,96 ou de -2,58 à 2,58, on ne peut pas conclure à une différence significative entre deux taux.

L'équation utilisée est la suivante<sup>19</sup> :

$$(4) Z = \frac{\ln(T_1) - \ln(T_2)}{\sqrt{\left( \frac{Var(T_1)}{T_1^2} + \frac{Var(T_2)}{T_2^2} \right)}}$$

où :  $\ln(T_i)$  désigne le logarithme népérien du taux;  
 $Var(T_i)$  désigne la variance du taux ajusté, laquelle correspond au carré de l'erreur-type du taux ajusté;  
 $T_i^2$  est le taux ajusté, élevé au carré.

17. 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 (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 49.

18. Ibid., p. 49.

19. Ibid., p. 50.

Lorsqu'on mentionne qu'un taux est significativement différent d'un autre, au seuil de 5 % par exemple, il faut comprendre qu'il y a moins de 5 % de risque qu'on ait conclu erronément à un écart. En d'autres termes, le risque de rejeter à tort l'hypothèse nulle (les deux taux ne sont pas différents) est inférieur à 5 %<sup>20</sup>.

Dans les figures, un écart inférieur ou supérieur au reste du Québec (ou parfois à l'ensemble du Québec) est symbolisé respectivement par un (-) ou un (+). Dans le cas d'un RLS, en regard du reste de la Côte-Nord, une valeur significativement inférieure est symbolisée par un @. Une valeur significativement plus élevée se voit affecter du symbole #. Les différences significatives entre les sexes sont identifiées respectivement par un < ou >.

Enfin, des tests statistiques ont aussi été effectués pour comparer les taux des périodes quinquennales. Ces tests ont été réalisés par l'auteur de ce document en utilisant l'équation 4, puisque le Portail de l'Infocentre de santé publique n'offre pas la possibilité de demander un test statistique pour comparer des périodes. Un écart significativement inférieur ou supérieur à la période précédente est marqué respectivement des symboles ↓↑. En outre, un écart significatif entre la dernière et la première période quinquennale d'un ensemble d'années est symbolisé par ■ + .

Mentionnons, en terminant, que dans les situations où les tests statistiques ne sont pas offerts sur le portail, nous avons préféré, comme le suggère l'INSPQ, recourir à un test statistique, en l'occurrence celui mentionné précédemment, plutôt qu'à la méthode basée sur la comparaison des intervalles de confiance<sup>21</sup>. En vertu de ce type de comparaison, on peut conclure à une différence significative lorsque les intervalles de confiance respectifs de deux taux ne se chevauchent pas. Il s'agit cependant d'une méthode plus conservatrice que celle que nous avons employée, car il arrive qu'une différence soit significative même si les intervalles de confiance de deux taux se recoupent légèrement. Le test employé dans ce document peut faire ressortir de telles différences comme le montrent parfois les figures.

## 1.5 LES DONNÉES PROVENANT DE L'ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010

Les proportions provenant de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 sont brutes. Elles n'ont pas été ajustées en fonction de la structure d'âge d'une population de référence. La population visée par l'enquête est l'ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans ou plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les réserves amérindiennes. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être inférés aux autochtones nord-côtiers habitant dans les réserves. Cette particularité de l'échantillon peut produire une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé à l'étude. Les autochtones vivant hors réserve n'ont pas été exclus de la base de sondage. Pour des considérations méthodologiques, les ménages ne possédant qu'un ou des téléphones cellulaires n'étaient pas admissibles. La collecte de données, réalisée par la firme Léger Marketing, s'est étendue du 3 mai au 19 août 2011 et la durée moyenne des entrevues était de 26 minutes. Le questionnaire a été développé par l'équipe de surveillance et évaluation, à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Les rapports sommaires finaux de l'enquête ont été déposés par la firme à l'automne 2012 et sont disponibles sur le site Web de l'Agence.

---

20. Il est possible d'obtenir la probabilité « p » associée à la valeur Z calculée en utilisant la formule Excel suivante :  $2 * (1 - \text{loi.normale.standard}(\text{abs}(Z_{\text{calculé}})))$  où ABS réfère à la valeur absolue du Z calculé.

21. Bien entendu, les deux intervalles doivent être construits avec le même niveau de signification.



## QUELQUES DÉTERMINANTS DU CANCER AU REGARD DES HABITUDES DE VIE

---

Près de la moitié des cancers sont dus notamment à des facteurs de risque évitables comme le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, certains agents infectieux et les 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 tabagisme<sup>22</sup>.

Dans cette section, nous présentons certaines données statistiques touchant quelques-uns des déterminants modifiables du cancer énumérés au tableau 13, soit le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité et l'excès de poids. L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN) constitue la principale source des données rapportées, complétées par des informations tirées de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005. Contrairement à l'ESCN 2010, les personnes de 75 ans et plus n'étaient pas visées par l'édition de 2005. Alors que Statistique Canada ne fournit que des estimations régionales pour la Côte-Nord (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – ESCC), l'ESCN 2010 permet d'avoir des données à l'échelle locale (territoires de RLS), à l'exception de celui de Kawawachikamach, puisque les communautés autochtones ne font pas partie de la population cible à l'instar des Enquêtes Santé Côte-Nord précédentes et de l'ESCC.

Le lecteur doit prendre en considération que, pour diverses raisons d'ordre méthodologique, les résultats de l'ESCN 2010 et ceux de l'ESCN 2005 ne peuvent pas être directement comparés à ceux d'autres enquêtes fédérales ou québécoises.

### LE TABAGISME

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 dans 82 % des cas environ<sup>23</sup>. 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. 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.

La plupart des questions de l'ESCN 2010 sur le tabagisme ont été empruntées à l'ESCC ou à l'Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (ESUTC). La question suivante a été adressée à chacun des répondants :

- *SMK01 : Les prochaines questions portent sur l'usage du tabac. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?*

Dans un premier temps, la population nord-côtière de 18 ans et plus a été répartie selon le type d'usage de la cigarette. Trois catégories ont été définies : les gens qui fument à tous les jours, peu importe le nombre de cigarettes consommées, sont considérés comme des fumeurs réguliers; les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument moins souvent qu'à tous les jours; enfin, les non-fumeurs regroupent les individus qui ne fumaient plus au moment de l'enquête de même que les personnes qui n'ont jamais fumé.

---

22. 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.

23. National Center for Disease Control and Health Prevention. « 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.

Enfin, puisque l'usage du tabac est autorapporté, il est possible que, par désirabilité sociale, on se retrouve avec une certaine sous-déclaration, en considérant que la question a été posée dans le cadre d'une enquête portant spécifiquement sur la santé. Cependant, le taux de non-réponse partielle à la question sur l'usage du tabac est extrêmement faible (moins de 1 %).

### La situation régionale en 2010

Selon les résultats de l'ESCN 2010, dans l'ensemble de la région, une personne sur cinq (19 %) affirme fumer la cigarette à tous les jours et environ 6 % le font occasionnellement. En conséquence, la proportion régionale de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les adultes s'élève donc à 25 % (tableau 14), ce qui correspond à quelque 17 400 personnes (donnée non présentée)<sup>24</sup>.

### Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Dans les RLS, le pourcentage de la population de 18 ans ou plus qui fait usage de cigarettes sur une base quotidienne ou occasionnelle varie de 24 %<sup>25</sup> (Manicouagan et Sept-Îles) à 29 % (Port-Cartier). Dans une perspective régionale, on observe qu'aucun territoire de RLS ne se différencie significativement du reste de la Côte-Nord en vertu des tests statistiques réalisés en tenant compte des comparaisons multiples<sup>26</sup>. En revanche, la situation se présente autrement lorsqu'on fait abstraction des comparaisons multiples, ce qui serait le cas, par exemple, dans une étude portant spécifiquement sur un RLS par rapport au reste de la Côte-Nord. Dans ce contexte, le RLS de Port-Cartier enregistre une proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels significativement plus élevée que le reste de la Côte-Nord (29 % c. 24 %).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à fumer sur une base régulière ou occasionnelle (27 % c. 23 %). Le nombre estimé de fumeurs chez les hommes nord-côtiers s'établit à environ 9 600 comparativement à 7 800 chez les femmes (données non présentées).

### Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

Le taux de tabagisme s'avère plus élevé chez les gens sédentaires durant leurs loisirs que chez les gens actifs (34 % c. 22 %). Les données indiquent que le tabagisme constitue une habitude de vie plus répandue chez les non-consommateurs d'alcool que chez les buveurs réguliers<sup>27</sup> (29 % c. 23 %). En revanche, la prévalence du tabagisme chez ceux qui ont une consommation élevée d'alcool<sup>28</sup> ressemble à celle observée chez les non-buveurs (31 % c. 29 %). Le tabagisme est aussi plus fréquent parmi les individus ayant un poids normal que

---

24. Le nombre estimé de personnes est arrondi selon les pratiques de Statistique Canada. Le nombre estimé de personnes n'est toutefois pas corrigé pour la non-réponse partielle, contrairement aux pratiques recommandées par l'Institut de la statistique du Québec. Par conséquent, il peut comporter un léger biais.

25. Afin d'alléger le texte, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont arrondies à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux.

26. En termes statistiques, dans une perspective régionale, il faut tester l'hypothèse nulle selon laquelle « aucun RLS n'est différent du reste de la Côte-Nord » versus l'hypothèse alternative « au moins un RLS est différent du reste de la Côte-Nord ». Pour s'assurer que le test statistique s'effectue globalement au seuil de 5 %, il faut employer une des corrections possibles, soit celle de Bonferroni dans le cas présent. Celle-ci permet de tenir compte de la multiplicité des comparaisons et de réduire les risques de trouver une différence significative par hasard. Ainsi, chacune des catégories (en l'occurrence les RLS) est comparée au reste de la Côte-Nord sur la base d'un seuil ajusté de 0,71 % (soit 5 % divisé par 7, puisque 7 territoires de RLS sont retenus dans l'ESCN). Si on trouve au moins une comparaison ajustée significative, sur la base de la correction de Bonferroni, on peut conclure que le test global est significatif. L'hypothèse nulle est ainsi rejetée. On peut ensuite chercher la ou les sources de cette différence au seuil usuel de 5 %. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 45-46 et 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 (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 55.

27. Le consommateur régulier d'alcool est la personne qui, dans les 12 mois précédant l'enquête, a pris de l'alcool selon une fréquence allant d'une fois par mois à tous les jours.

28. Le concept de « consommation élevée » est expliqué à la section sur la consommation d'alcool.

chez les personnes ayant un surplus de poids (embonpoint ou obésité; 29 % c. 23 %) (données non présentées).

Ce taux est aussi plus haut parmi les personnes asthmatiques que dans le reste de la population régionale (32 % c. 24 %). Par contre, on compte proportionnellement moins de fumeurs au sein de la population souffrant d'hypertension artérielle que chez ceux qui ne sont pas confrontés à cette maladie chronique (19 % c. 26 %). Les résultats ne permettent pas de déceler de différence significative, au plan statistique, entre les diabétiques et les non-diabétiques (21 % c. 25 %) (données non présentées) quant au taux de tabagisme.

## LA SÉDENTARITÉ

La sédentarité constitue 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 sein<sup>29</sup> indépendamment d'autres facteurs<sup>30</sup>.

Pour la première fois dans le cadre de l'Enquête Santé Côte-Nord, l'édition 2010 a interrogé les résidents nord-côtiers sur leur pratique d'activités physiques pendant leurs temps libres. Lors de deux enquêtes précédentes (2000 et 2005), les questions portaient sur les facteurs ou obstacles pouvant les limiter ou les empêcher de s'adonner à de l'activité physique.

- *ACP01 : Passons maintenant à l'activité physique. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 12 derniers mois? Les sept choix de réponse étaient : Aucune fois, environ 1 fois par mois, environ 2 à 3 fois par mois, environ 1 fois par semaine, environ 2 fois par semaine, environ 3 fois par semaine, 4 fois par semaine et plus.*

### La situation régionale en 2010

Les données recueillies indiquent que 27 % de la population régionale est sédentaire dans ses temps libres (tableau 14). Pour les fins de l'ESCN 2010, nous avons considéré comme sédentaire, la personne qui, à raison de moins d'une fois par semaine, s'adonne à de l'activité physique pendant une durée minimale de 20 à 30 minutes par séance dans l'année précédant l'enquête. À l'inverse, plus de 7 individus sur 10 (73 %) sont considérés comme actifs puisqu'ils affirment faire de l'activité physique à ce niveau d'intensité au moins une à deux fois hebdomadairement (données non présentées). À noter, cependant, qu'une personne sédentaire durant ses temps libres peut quand même être active physiquement dans d'autres circonstances. C'est le cas, notamment, si elle a un travail comportant des exigences physiques élevées. Cependant, la proportion de travailleurs qui mentionnent avoir un emploi physiquement exigeant est comparable chez les gens sédentaires et chez les personnes actives durant leurs loisirs (29 % c. 28 %, données non présentées).

### Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

C'est en Minganie où la proportion d'individus sédentaires s'avère la plus élevée (32 %); à l'inverse, le pourcentage le plus faible est enregistré dans le territoire du RLS de Caniapiscau (CSSS de l'Hématite) (20 %). Les autres territoires de RLS ne se différencient pas significativement du reste de la Côte-Nord.

L'enquête ne permet pas de détecter de variation significative selon le sexe. En effet, la proportion de personnes sédentaires chez les hommes (27 %) se compare à celle observée au sein de la population féminine (26 %) (données non présentées).

---

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

30. Ibid., p. 54.

Sans surprise, les données démontrent que plus on avance en âge, plus on est sédentaire. Alors qu'une personne sur cinq chez les 18 à 29 ans (20 %) se retrouve dans la catégorie regroupant les individus insuffisamment actifs, c'est le cas de 25 % des 30 à 44 ans, de 27 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et de 35 % des aînés de 65 ans ou plus (données non présentées).

### Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

D'après l'enquête, les fumeurs nord-côtiers manifestent une plus forte propension à être sédentaires que les non-fumeurs (36 % c. 24 %) (données non présentées).

Les personnes qui affichent un surplus de poids sont plus sédentaires que les individus de poids normal (29 % c. 23 %) (données non présentées).

Les personnes asthmatiques tendent à être plus sédentaires que les non-asthmatiques (30 % c. 26 %), mais l'écart entre les deux groupes ne se révèle pas significatif. Par contre, le taux de sédentarité affiché par les personnes atteintes d'hypertension artérielle est significativement plus élevé que celui observé chez les personnes qui ne sont pas hypertendues (32 % c. 25 %). Le même constat se dégage de l'analyse des résultats concernant les diabétiques en regard des non-diabétiques (39 % c. 26 %) (données non présentées).

### L'OBÉSITÉ

Le surplus de poids (embonpoint et obésité), mais plus particulièrement l'obésité, sont aussi associés au cancer. En fait, l'obésité accroît le risque d'être atteint d'un cancer de l'œsophage, du côlon et du rectum, du rein, du pancréas et, chez les femmes, d'un cancer du sein et de l'endomètre<sup>31</sup>. Chez les femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait deux à trois fois plus élevé<sup>32</sup>.

À partir des questions sur la taille et le poids, les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 ont permis de dériver l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci est calculé en divisant le poids par la taille au carré ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), en excluant les femmes enceintes. De cet indice, il est possible d'estimer la proportion de la population aux prises avec un surplus de poids (embonpoint et obésité). Pour les fins de ce texte, un autre traitement statistique de la banque de données a été réalisé pour obtenir la proportion de personnes obèses. Les catégories de l'IMC reposent sur la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2003.

Tout comme dans le cas d'autres enquêtes sur la santé, il existe des présomptions très raisonnables que l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 sous-estime la prévalence de l'excès de poids. Il faut se souvenir en effet que cette estimation repose sur des informations autorapportées, c'est-à-dire fournies par les répondants eux-mêmes et non sur des mesures directes. Une étude de Statistique Canada a permis de démontrer que des données autodéclarées engendrent un biais systématique de sous-estimation de l'embonpoint et de l'obésité, parce que ces personnes ont plus tendance que les autres à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille. Ce biais est particulièrement présent dans le cas de l'obésité. Pour leur part, les personnes classées dans la catégorie « poids normal » ont davantage tendance à évaluer correctement leur poids et leur taille. Il convient aussi de préciser que l'IMC « ne mesure pas directement la masse grasse ni la répartition du tissu adipeux, laquelle joue un rôle prépondérant dans l'évaluation du risque pour la santé chez les personnes ayant un excès de poids »<sup>33</sup>.

---

31. 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.

32. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 56.

33. CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON (2010). « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 132.

## La situation régionale en 2010

Selon les données de l'ESCN 2010, environ 42 % de la population adulte fait de l'embonpoint (donnée non présentée) et 22 % se classe dans la catégorie obèse (tableau 14), c'est-à-dire celle où l'IMC atteint au moins le seuil de 30. La Côte-Nord compterait environ 15 100 adultes obèses (donnée non présentée).

### Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques

Toutes proportions gardées, le RLS de la Basse-Côte-Nord compte un plus grand nombre d'individus obèses que le reste de la région (31 % c. 22 %). Il s'agit aussi du territoire nord-côtier où la prévalence de l'obésité s'avère la plus élevée. Le RLS de Port-Cartier se démarque aussi significativement du reste de la région par une prévalence plus forte de l'obésité (27 % c. 22 %). En contrepartie, la population du RLS de Manicouagan compte, en proportion, moins d'obèses que le reste de la Côte-Nord (19 % c. 24 %).

L'enquête permet de détecter une variation significative selon le sexe. En effet, la proportion de personnes obèses chez les hommes (24 %) surpasse celle observée au sein de la population féminine (20 %) (données non présentées).

Les données ne décèlent pas de variations significatives de la prévalence de l'obésité selon les catégories d'âge (données non présentées). Par ailleurs, les personnes obèses sont proportionnellement moins nombreuses chez les diplômés universitaires que chez celles qui n'ont pas complété d'études secondaires (18 % c. 26 %, données non présentées).

### Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

L'ESCN 2010 révèle que les personnes considérées comme sédentaires durant leurs loisirs sont significativement plus nombreuses que les individus actifs à faire de l'obésité (29 % c. 20 %). L'obésité s'avère moins présente chez les fumeurs réguliers ou occasionnels que chez les non-fumeurs (18 % c. 24 %).

Par ailleurs, on retrouve, en proportion, une plus forte prévalence de l'obésité parmi les personnes souffrant d'hypertension artérielle que chez les personnes non atteintes (31 % c. 20 %). Elle s'avère aussi plus élevée chez les diabétiques que chez les non-diabétiques (44 % c. 20 %) (données non présentées).

## LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Le risque de cancer associé à la consommation d'alcool est considéré comme particulièrement important dans le cas des cancers suivants : bouche, pharynx, larynx, œsophage, sein, foie et, dans une moindre mesure, cancer colorectal. Il n'existe pas de seuil et le risque croît avec la quantité consommée<sup>34</sup>.

La question suivante a été adressée à chacun des répondants qui ont indiqué, à une question filtre, avoir bu au moins un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée dans les 12 mois précédant l'enquête.

- *ALC03 : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? Les six choix de réponse étaient : Jamais, moins d'une fois par mois, 1 fois par mois, 2 à 3 fois par mois, 1 fois par semaine, plus d'une fois par semaine.*

L'indicateur dont il est question dans cette section porte sur la consommation élevée d'alcool. En 2010, Statistique Canada considérait que la prise de cinq verres d'alcool en une même occasion, douze fois ou plus

34. 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.

sur une période de douze mois, constituait une consommation élevée, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes.

Les proportions mentionnées dans cette section sont rapportées à l'ensemble de la population en intégrant, au dénominateur, les personnes qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.

### **La situation régionale en 2010**

Les données de l'enquête démontrent que plus du quart (28 %) des adultes nord-côtiers rapportent un usage d'alcool correspondant à un niveau élevé de consommation (tableau 14). Cette proportion représente environ 19 500 personnes (donnée non présentée).

### **Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques**

Les résidents des RLS de Caniapiscau et de la Minganie se démarquent du reste de leurs concitoyens de la Côte-Nord par des proportions supérieures de personnes caractérisées par une consommation élevée d'alcool (respectivement 39 % et 32 %) (tableau 14).

Ce profil varie selon le sexe. Ainsi, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir eu ce comportement (37 % c. 19 %) durant les 12 mois précédant l'enquête. C'est aussi le cas dans tous les territoires de RLS de la région.

On observe aussi que le taux de consommation élevée d'alcool diminue avec l'avancement en âge. Ainsi, près d'une personne sur deux chez les 18 à 29 ans (47 %) aurait un niveau problématique de consommation d'alcool, comparativement à 32 % chez les 30 à 44 ans, 26 % du côté des personnes de 45 à 64 ans et 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus (données non présentées).

Ce profil de consommation d'alcool est associé au faible niveau de scolarité, mais de façon ambiguë. En effet, il est présent chez 31 % des diplômés du secondaire et 32 % des détenteurs d'un diplôme d'études collégiales. En contrepartie, on le retrouve chez 22 % des Nord-Côtiers ayant une scolarité inférieure à un 5<sup>e</sup> secondaire et 23 % des diplômés universitaires (données non présentées).

### **Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques**

Il existe une association significative entre le tabagisme et la consommation élevée d'alcool. Plus du tiers des fumeurs réguliers ou occasionnels (34 %) se retrouvent dans cette catégorie comparativement à 26 % des non-fumeurs.

La consommation problématique d'alcool est moins fréquente chez les personnes souffrant d'hypertension que dans le reste de la population nord-côtière (23 % c. 29 %). Ce comportement est aussi adopté moins souvent par les diabétiques que les non-diabétiques (19 % c. 29 %).

## **LA CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES (ESCN 2005)**

Selon un rapport du World Cancer Research Fund et de l'American Institute for Cancer Research 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 assertion<sup>35</sup>.

---

35. Voir [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/assess-evalu/fruit\\_veg\\_leg\\_cancer-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/assess-evalu/fruit_veg_leg_cancer-fra.php) (SANTÉ CANADA). Page consultée le 17 mai 2013.

Dans l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, six questions portent spécifiquement sur la consommation de fruits et légumes.

- *Q11 : À quelle fréquence buvez-vous habituellement?*
- *Q12 : Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?*
- *Q13 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?*
- *Q14 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?*
- *Q15 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?*
- *Q16 : Sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, à quelle fréquence mangez-vous d'autres légumes habituellement?*

### **La situation régionale en 2005**

La consommation quotidienne de fruits et légumes est un indicateur construit à partir des réponses fournies à ces six questions. Toutefois, l'enquête de 2005 mesure une fréquence de consommation et ne fournit pas d'information sur la grosseur des portions fondées sur la définition du GAC. Dans ce contexte, on ne sait pas exactement si la population nord-côtière suivait, en 2005, les recommandations du guide.

Cette précision faite, en 2005, les résultats montrent qu'un peu moins de la moitié (45 %) de la population adulte nord-côtière de 18 à 74 ans n'atteint pas le seuil requis de consommation quotidienne de cinq portions de fruits et légumes (tableau 14). Cette proportion représente quelque 29 200 personnes (données non présentées).

### **Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques**

Un seul territoire de RLS se différencie significativement de l'ensemble des autres territoires nord-côtiers. En effet, les résidents de la Basse-Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux qu'ailleurs dans la région à ne pas consommer le minimum requis de portions de fruits et légumes à chaque jour (55 % c. 46 %). Les données montrent que cette proportion tend à être un peu plus faible dans le RLS de Caniapiscau que dans le reste de la population régionale (40 % c. 45 %). Cet écart, non significatif, se situe toutefois très près du seuil où il le deviendrait.

La consommation de ces aliments selon les quantités suggérées varie selon le sexe. En 2005, les Nord-Côtiers se disent en effet plus enclins que les Nord-Côtières à ne pas manger un minimum de cinq portions par jour (55 % c. 35 %). Ce profil se rencontre plus fréquemment chez les personnes de 30 à 49 ans (49 %) et de 50 à 64 ans (50 %) que chez celles âgées de 18 à 29 ans (34 %). Chez les individus de 65 à 74 ans, 40 % affirment prendre moins de cinq portions quotidiennement; cette proportion ne diffère pas statistiquement de celle des autres groupes d'âge (données non présentées).

Finalement, les résultats de l'enquête ne permettent pas de trouver un lien significatif avec le revenu du ménage alors qu'ils en révèlent un avec le niveau de scolarité. En effet, au fur et à mesure que le niveau de scolarité progresse, on observe une diminution de la proportion de Nord-Côtiers qui ne suivent pas les suggestions du GAC. Par exemple, parmi ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, 49 % ne mangent pas suffisamment de fruits et légumes comparativement à 37 % des Nord-Côtiers qui ont complété des études universitaires (données non présentées).



## 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. Sans anticiper sur les données, 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 ajustée pour l'âge 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 facteurs à considérer pour interpréter la variation des taux de mortalité par cancer, 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<sup>36</sup> 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 à 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 tabagisme<sup>37</sup>.

---

36. Société canadienne du cancer. [<http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/our-research/?region=qc>]. KRUEGER, H., and Associates Inc. *Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada*, Mai 2008, p. 6. 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, p. 19-20.

37. 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<sup>o</sup> 10, Octobre 2005, p. 53.

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 environ<sup>38</sup>. 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 sein<sup>39</sup> indépendamment d'autres facteurs<sup>40</sup>.

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'endomètre<sup>41</sup>. Dans le cas des femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait deux à trois fois plus élevé<sup>42</sup>.

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 consommée<sup>43</sup>.

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 assertion<sup>44</sup>.

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 cancer<sup>45</sup>

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.

38. National Center for Disease Control and Health Prevention. « 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.

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

40. Ibid., p. 54.

41. 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.

42. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 56.

43. 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.

44. Santé Canada. [En ligne]. [[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/assess-evalu/fruit\\_veg\\_leg\\_cancer-fra.php](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).

45. 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.

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 santé<sup>46</sup>.

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)<sup>47</sup>, le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*<sup>48</sup> et la mise à jour en 2008 du *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>49</sup>. 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.

---

46. 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).

47. 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.

48. 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.

49. 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.

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 d'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 véhiculées<sup>50</sup>. 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 »<sup>51</sup>.

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 autres<sup>52</sup>. 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 »<sup>53</sup>.

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.

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;

50. 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, p. 34-35.

51. 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>].

52. 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. 6-7. [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca>].

53. Ibid., p 7.

- 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 »<sup>54</sup>. 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 »<sup>55</sup>.

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.

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.

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

55. 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. 18.

## 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 ailleurs<sup>56</sup> consistent, par exemple, à :

- consolider les équipes interdisciplinaires, dans les centres de santé et de services sociaux, 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 Québec<sup>57</sup>, etc.

Les prochaines sections s'intéressent spécifiquement à la composante du système de soins liée à la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

### **e) 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 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 soins<sup>58</sup>.

56. 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. 19.

57. THIVIERGE, Dr Claude, Dr 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. 19-22.

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

## f) 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 abordés<sup>59</sup>. Les tableaux suivants présentent une synthèse concernant les dépistages recommandés pour certains types de cancer chez les adultes et les dépistages non recommandés<sup>60</sup>.

### 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"> <li>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.).</li> </ul>
	Femmes de 50 à 69 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mammographie de dépistage aux deux ans (<b>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</b> – PQDCS).</li> <li>L'examen clinique des seins n'est plus formellement recommandé pour le dépistage bien qu'il puisse apporter des informations supplémentaires.</li> </ul>
Colorectal	Hommes et femmes de 50 à 74 ans sans facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Test aux deux ans.</li> </ul>
	Personnes de 76 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de dépistage de routine. La coloscopie n'est pas indiquée pour le dépistage, sauf si la RSOSi est positive.</li> </ul>
	Hommes et femmes de tout âge à risque élevé (historique familial ou personnel de cancer colorectal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
Col utérin	Femmes de 21 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	Femmes de 66 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après 65 ans, la cytologie n'est plus requise si les deux derniers tests sont négatifs.</li> </ul>

59. THIVIERGE, D<sup>r</sup> Claude, D<sup>re</sup> Johanne BLAIS, D<sup>r</sup> Claude FOURNIER, D<sup>r</sup> 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.

60. 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, D<sup>r</sup> Claude, D<sup>re</sup> Johanne BLAIS, D<sup>r</sup> Claude FOURNIER, D<sup>r</sup> François GOULET et coll., *EMP 2013...*, p. 19-22.

## Synthèse relative aux dépistages non recommandés ou controversés chez l'adulte

Siège du cancer	Groupe cible	Recommandation
Prostate <sup>61</sup>	Hommes de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie d'au moins 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible)</li> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>
	Hommes de moins de 55 ans à plus haut risque (antécédents familiaux ou homme de race noire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins peuvent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible)</li> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>
	Hommes de plus de 70 ans ou avec une espérance de vie inférieure à 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>
Poumon	Personnes de 40 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
Peau	Tous âges confondus	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

### g) 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.

61. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le dépistage du cancer de la prostate – Mise à jour 2013*, Juin 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. M<sup>c</sup>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.
- CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON. « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, 2010.
- 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>].
- NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND HEALTH PREVENTION. « The Health Consequences of Smoking : A Report of the Surgeon General », Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; Washington, D.C., 2004.
- 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<sup>r</sup> Claude, D<sup>re</sup> Johanne BLAIS, D<sup>r</sup> Claude FOURNIER, D<sup>r</sup> 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.

---

## **DONNÉES STATISTIQUES**

---



---

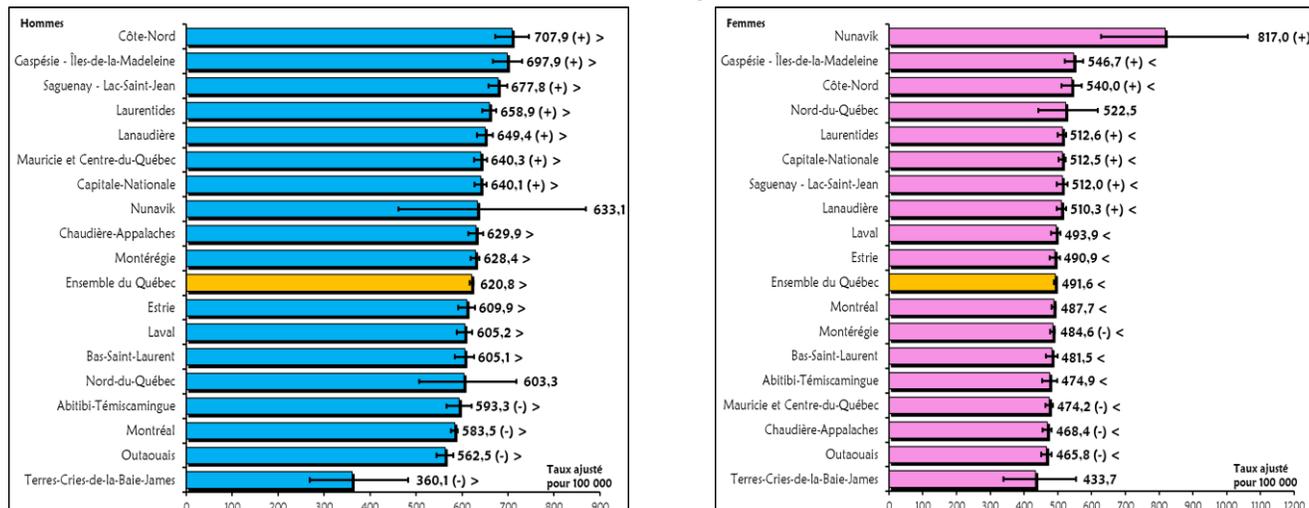
**INCIDENCE DU CANCER : 1984 À 2008**

---



## INCIDENCE

**Figures 1 et 2 - Taux d'incidence normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, selon la région de résidence, 2004-2008**



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 ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %. La valeur du reste du Québec varie d'une région à l'autre.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, 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. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

#### Hommes

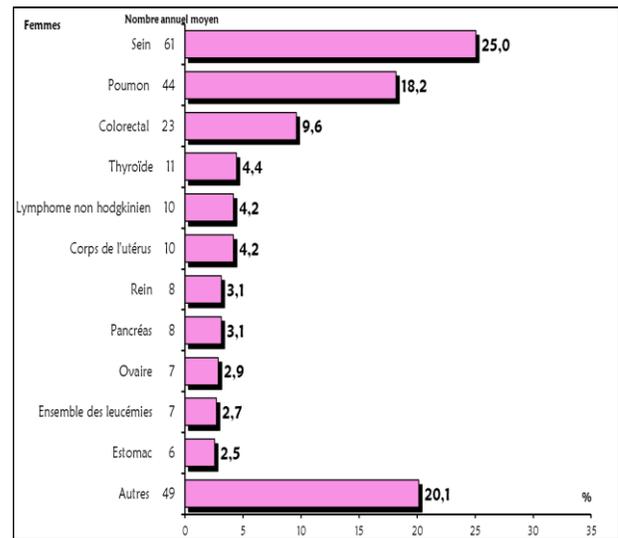
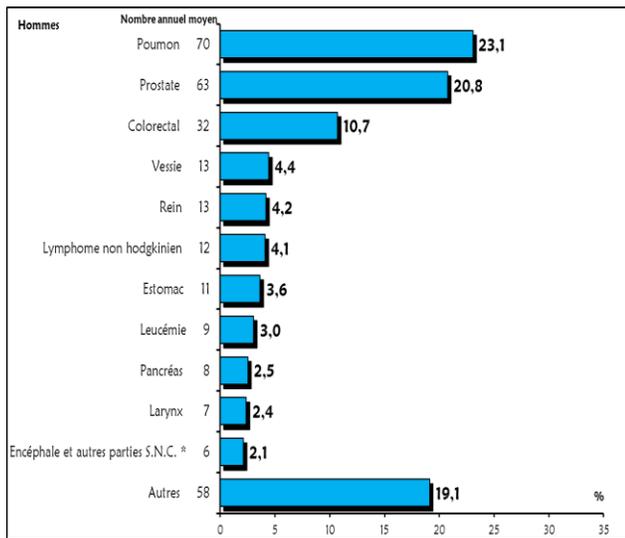
- Pour l'ensemble de la période 2004-2008, on enregistre une moyenne annuelle de 303 nouveaux cas de cancer chez les hommes nord-côtiers (voir figure 8), ce qui correspond à un taux ajusté de 708 pour 100 000 personnes. Ce taux d'incidence surpasse significativement celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux se situe à 621 par 100 000 personnes.
- Durant la même période, plus de la moitié (55 %) des nouveaux cas de cancer s'observent chez les hommes. Dans le reste du Québec, cette proportion se situe à près de 51 %.
- Bien que la figure semble indiquer que la Côte-Nord occupe le premier rang au Québec au regard de l'incidence du cancer chez les hommes, il faut se garder de tirer cette conclusion. En effet, des tests statistiques démontrent que la Côte-Nord ne se démarque pas significativement d'autres régions comme la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Saguenay-Lac-St-Jean, les Laurentides et la région de Lanaudière, entre autres. Visuellement, on peut le voir par la comparaison des intervalles de confiance qui se chevauchent de façon importante. Cependant, la région nord-côtère figure parmi les régions du Québec qui connaissent les plus hauts taux d'incidence du cancer chez les hommes.

#### Femmes

- Au cours de 2004-2008, en moyenne à chaque année, on dénombre 244 nouveaux cas de cancer chez les Nord-Côtières (voir figure 9), pour un taux ajusté de 540 pour 100 000 personnes. Ce taux d'incidence dépasse de façon significative celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux se situe à 492 par 100 000 personnes.
- La Côte-Nord figure parmi les régions du Québec qui ont les plus hauts taux d'incidence du cancer chez les femmes en 2004-2008.
- Le taux d'incidence du cancer enregistré au sein de la population féminine nord-côtère est significativement inférieur à celui des hommes (540 c. 708 pour 100 000 personnes).

## INCIDENCE

**Figures 3 et 4 - Répartition et nombre annuel moyen des nouveaux cas de cancer selon le type chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2004-2008**



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

Production : Direction de santé publique (Équipe de surveillance et évaluation), Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Avril 2013.

\* Encéphale et système nerveux central.

Note : Tous les sièges de cancer dont le nombre annuel moyen est inférieur à 5 ont été regroupés dans la catégorie « Autres ». Cette catégorie exclut les cancers de la peau autres que le mélanome et les cancers in situ (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

#### Hommes

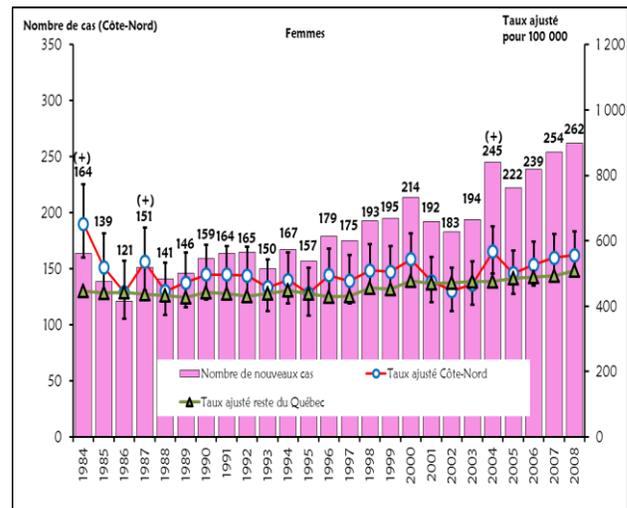
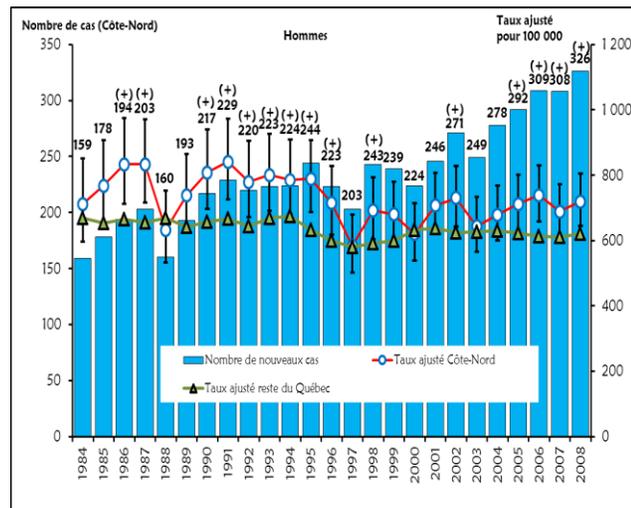
- En 2004-2008, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes est celui du poumon (23 % des nouveaux cas), suivi par le cancer de la prostate (21 %) et le cancer colorectal (11 %). Ces trois sièges représentent plus de la moitié (55 %) des nouveaux cas de cancer observés au sein de la population masculine nord-côtière.

#### Femmes

- En 2004-2008, le cancer du sein représente le quart (25 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes. Les autres cancers les plus fréquents sont celui du poumon (18 %) et le cancer colorectal (10 %).

## INCIDENCE

**Figures 5 et 6 - Nouveaux cas de cancer et taux d'incidence normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2008**



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 %.

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).

### Constats

#### Hommes

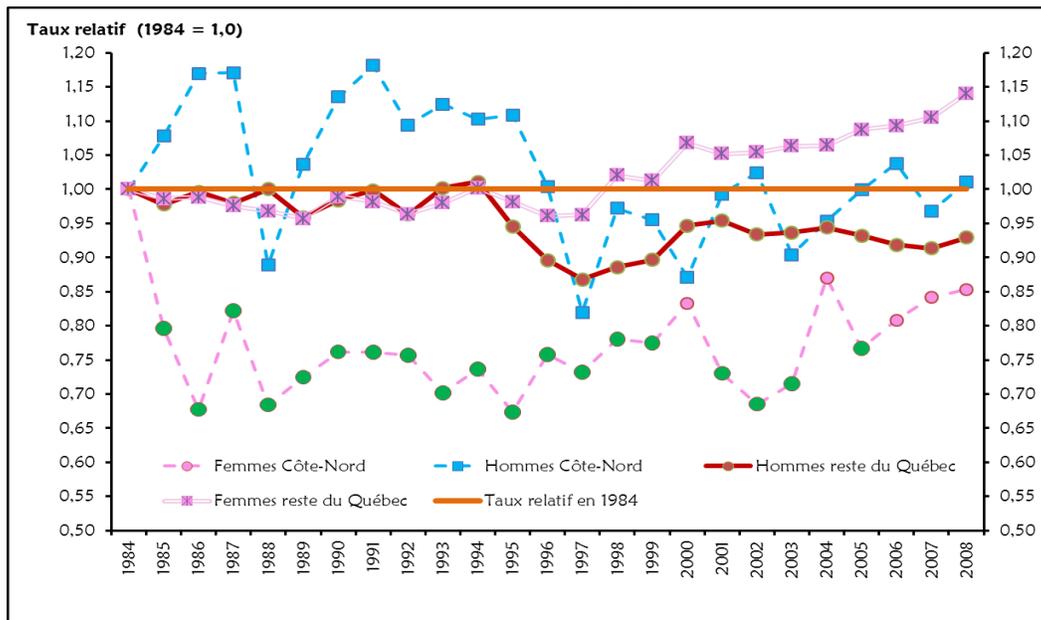
- Le nombre de nouveaux cas de cancer a plus que doublé chez les hommes de la Côte-Nord, passant de 159, en 1984, à 326 en 2008.
- Les taux ajustés permettent de contrôler l'effet induit par la modification des structures d'âge de la population dans le temps. Ceux de la Côte-Nord sont illustrés par la courbe rouge (axe de droite). Le taux enregistré en 1988 a diminué significativement comparativement à celui de 1987 (633 c. 834 pour 100 000) même si leurs intervalles de confiance respectifs se chevauchent légèrement. Au cours des autres années, les fluctuations annuelles ne s'avèrent pas significatives. De 1984 à 2008, le taux ajusté d'incidence est passé de 712 à 719 pour 100 000 personnes. Le taux de 2008 est toutefois comparable à celui de 1984.
- Les hommes nord-côtiers affichent généralement des taux d'incidence du cancer significativement plus élevés que les autres hommes du Québec (taux illustrés par la courbe verte, axe de droite).

#### Femmes

- Chez les femmes nord-côtiers, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de près de 60 % sur une période de 25 ans. Celui-ci est passé de 164, en 1984, à 262 en 2008. Malgré cette hausse du nombre de cas, on observe que le taux ajusté d'incidence a connu une tendance à la baisse (de 652 à 556 pour 100 000). On parle d'une tendance puisque la différence se ne révèle pas statistiquement significative.
- La quasi-totalité des fluctuations annuelles nord-côtiers ne sont pas statistiquement significatives, sauf en 2004, où on enregistre une hausse du taux ajusté d'incidence (courbe rouge, axe de droite) par rapport à 2003 (567 c. 466 pour 100 000; à noter que le marqueur nord-côtier est masqué par celui du reste du Québec).
- Au regard de l'incidence du cancer, les femmes de la Côte-Nord connaissent généralement une situation comparable à celle des femmes du reste du Québec. Font exception les années 1984, 1987 et 2004 où le taux ajusté d'incidence observé chez les Nord-Côtiers surpasse significativement celui des autres Québécoises.
- Les femmes nord-côtiers ont des taux d'incidence du cancer significativement inférieurs à ceux des hommes, sauf en 1984, 1997 et 2000 où leur situation est comparable. Chez les autres femmes québécoises, les taux ajustés s'avèrent toujours inférieurs à ceux des hommes (situations non illustrées dans les figures).

## INCIDENCE

**Figure 7 - Changement relatif des taux d'incidence normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> selon le sexe, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2008**



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.

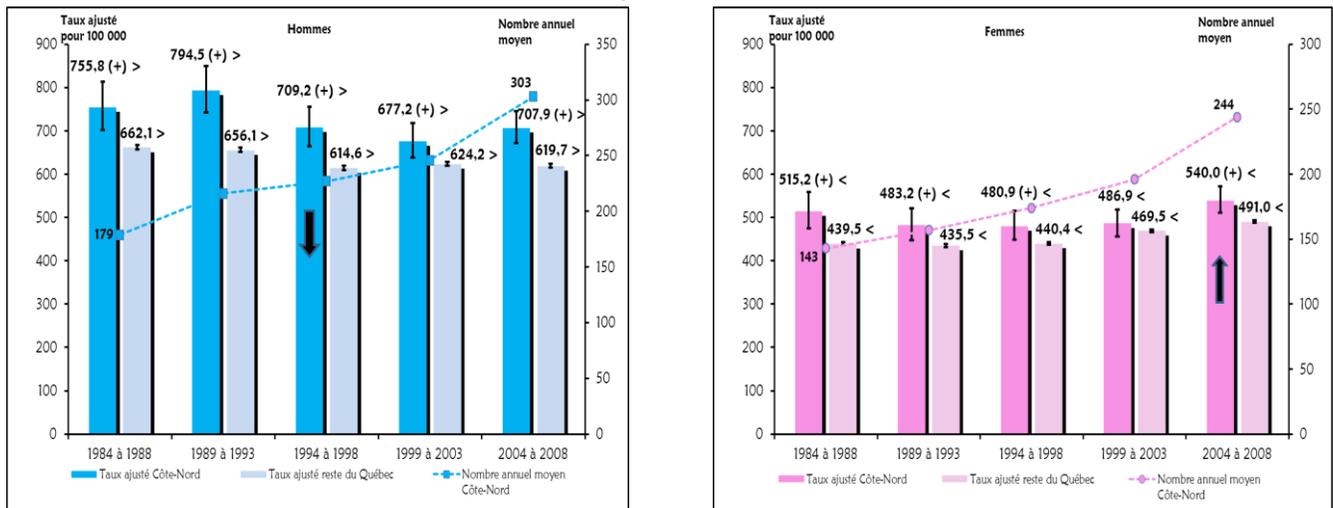
1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.
  2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).
- Note : Les marqueurs verts indiquent une baisse significative par rapport au taux nord-côtier de 1984.

### Constats

- Ce graphique traduit, en termes relatifs, les fluctuations annuelles des taux d'incidence du cancer par rapport à la situation de 1984 (valeur = 1, ligne horizontale orangée). Il permet de contraster la région nord-côtère par rapport au reste du Québec à la fois chez les hommes et les femmes.
- On observe aisément que, durant toute la période, le taux d'incidence chez les femmes de la Côte-Nord (ligne pointillée rose) ne revient jamais au-dessus de celui de 1984. Qui plus est, de 1985 à 2005, les taux ajustés d'incidence s'avèrent presque toujours significativement inférieurs à celui de l'année 1984. La situation des trois dernières années, soit 2006 à 2008, est comparable à celle de 1984, même si les taux équivalent à environ 80 % à 85 % de celui du début de la période.
- Chez les autres femmes québécoises (ligne double rose), jusqu'en 1994 environ, les taux annuels se maintiennent relativement près de celui de 1984. À partir de l'année 2000, les taux ajustés d'incidence surpassent toujours de manière significative celui de 1984. Le taux de 2008 représente d'ailleurs une hausse d'environ 14 % comparativement au taux de 1984 (plus précisément 510 c. 447 pour 100 000 - figure 6).
- Chez les hommes nord-côtiers (ligne pointillée bleue), on observe des fluctuations qui ont tendance à se situer, tantôt au-dessus, tantôt en deçà du taux de 1984. Les tests statistiques effectués ne révèlent aucun écart significatif entre chacun des taux annuels et celui de 1984; c'est pourquoi nous ne parlons que de tendances.
- En contrepartie, la population masculine du reste du Québec (ligne rouge) a vu son taux ajusté d'incidence du cancer diminuer significativement d'environ 7 % entre 1984 et 2008. Ce taux est passé de 668 à 621 pour 100 000 personnes. Depuis 1995, il se situe toujours sous la valeur du taux de 1984, et ce, de manière significative.

## INCIDENCE

**Figures 8 et 9 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008**



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↕ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure ou supérieure à celle de la période précédente.

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).

### Constats

#### Hommes

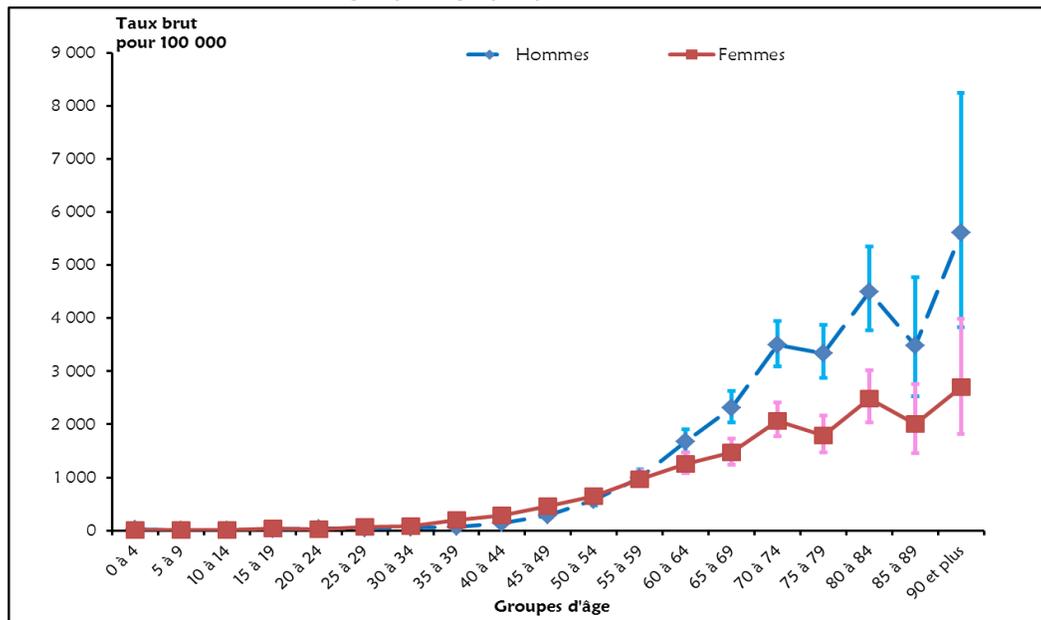
- La figure 8 fait état de l'évolution du nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes nord-côtiers ainsi que du taux d'incidence du cancer chez les Nord-Côtiers et les hommes du reste du Québec au cours des cinq périodes quinquennales entre 1984 et 2008. Étudier des données sur des périodes regroupant quelques années permet d'atténuer les variations parfois importantes observées sur une base annuelle et, ainsi, d'obtenir une meilleure représentation de la situation.
- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer au sein de la population masculine est passé de 179, en 1984-1988, à 303 en 2004-2008.
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux que ceux du reste du Québec à être touchés par le cancer. Par exemple, pour la période 2004-2008, le taux ajusté d'incidence se chiffre à 708 pour 100 000 personnes en regard de 620 pour 100 000 chez les autres hommes du Québec.
- Sur l'ensemble de la période, les hommes nord-côtiers connaissent des taux d'incidence du cancer significativement supérieurs à ceux des femmes. Le même phénomène s'observe dans le reste du Québec.
- En 2004-2008, on note une tendance à la baisse du taux ajusté d'incidence au sein de la population masculine nord-côtière par rapport à 1984-1988 (708 c. 756 pour 100 000). Toutefois, l'écart demeure insuffisant pour être déclaré significatif par des tests statistiques.
- En 1994-1998, le taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes nord-côtiers a connu une baisse significative par rapport à la période 1989-1993 (709 c. 795 pour 100 000).

#### Femmes

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer dans la population féminine nord-côtière est passé de 143, en 1984-1988, à 244 en 2004-2008.
- Exception faite des années 1999-2003, les femmes de la Côte-Nord affichent un taux ajusté d'incidence du cancer significativement plus élevé que celui des autres Québécoises. Ainsi, pour la période 2004-2008, ce taux se situe à 540 pour 100 000 personnes en regard de 491 pour 100 000 chez les autres femmes du Québec.
- Sur l'ensemble de la période, les femmes nord-côtiers ont des taux d'incidence du cancer significativement inférieurs à ceux des hommes. Le même constat se dégage de l'analyse des données du reste du Québec.
- En 2004-2008, on observe une augmentation significative du taux ajusté d'incidence du cancer chez la population féminine nord-côtière par rapport à 1999-2003 (540 c. 487 pour 100 000).

## INCIDENCE

Figure 10 - Taux bruts d'incidence pour l'ensemble des cancers<sup>1</sup> selon le sexe et le groupe d'âge quinquennal, Côte-Nord, 2004-2008



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.

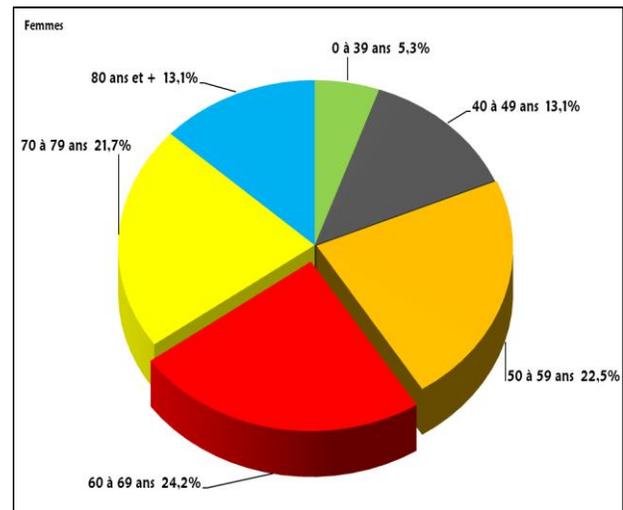
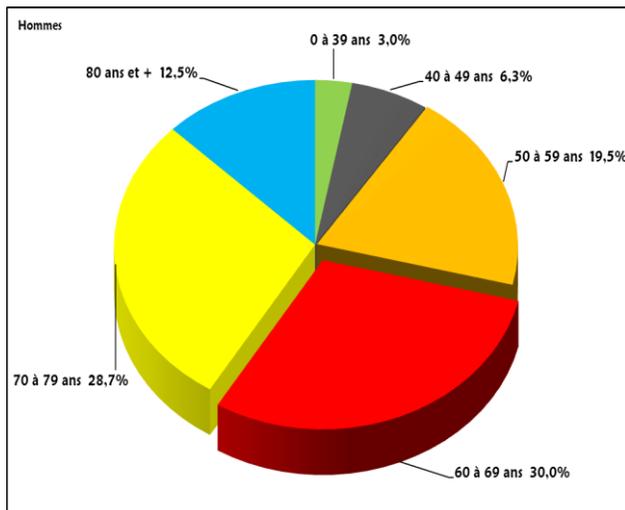
1. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- Cette figure illustre les taux bruts d'incidence du cancer par groupe d'âge chez les hommes et les femmes pour l'ensemble de la période 2004-2008. Elle permet de visualiser la progression de l'incidence du cancer avec le vieillissement de la population.
- En fait, les taux d'incidence ont tendance à croître avec l'âge, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Du côté des hommes, les augmentations successives s'avèrent significatives entre 45 et 74 ans. Le taux tend à s'abaisser entre 75 et 79 ans, mais augmente de manière significative entre 80 et 84 ans. Les fluctuations observées par la suite ne sont pas significatives. Chez les femmes, une hausse significative du taux brut d'incidence du cancer se produit à chaque groupe d'âge entre 45 et 64 ans. Plus tard dans la vie, comparativement au groupe d'âge précédent, les seuls changements significatifs surviennent chez les 70 à 74 ans et les 80 à 84 ans.
- Entre 0 et 29 ans, les courbes correspondant aux deux sexes se confondent. Entre 35 et 49 ans, les tests statistiques effectués démontrent que les taux bruts d'incidence du cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Le cancer du sein explique fort probablement cette situation. De 50 à 59 ans, on ne détecte pas de différences entre les sexes. À partir de 60 ans, le cancer touche significativement davantage les hommes que les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge. La différence entre les sexes en défaveur des hommes s'accroît nettement à partir de 70 ans. Il est probable que cet écart grandissant soit en bonne partie occasionné par le cancer de la prostate qui a tendance à survenir à un âge plus avancé alors que chez les femmes, le cancer du sein a tendance à être diagnostiqué à un plus jeune âge.
- En fait, pour la période 2004-2008, la moyenne d'âge des femmes nord-côtières chez qui on a diagnostiqué un cancer du sein se situe à 60,6 ans (médiane = 59,5 ans). En comparaison, les hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate au cours de la même période étaient âgés de 67 ans en moyenne (médiane = 66 ans; données non présentées).
- Toujours entre 2004 et 2008, environ le tiers (34 %) des femmes nord-côtières avaient 65 ans ou plus au moment du diagnostic de cancer du sein. Chez les hommes de la région qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate au cours des mêmes années, près de 6 sur 10 (56 %) avaient au moins 65 ans (données non présentées).

## INCIDENCE

Figures 11 et 12 - Répartition des nouveaux cas de cancer<sup>1</sup> selon le groupe d'âge chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2004-2008



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.

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

### Constats

#### Hommes

- Environ 59 % des hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer entre 2004-2008 sont âgés entre 60 et 79 ans. Environ 29 % des cancers sont diagnostiqués chez les moins de 60 ans.
- Les taux bruts par groupe d'âge surpassent significativement les taux correspondants chez les hommes du reste du Québec, sauf chez les moins de 40 ans et les 80 ans ou plus (données non présentées).

#### Femmes

- Un peu moins de la moitié des femmes (47 %) qui ont reçu un diagnostic de cancer entre 2004-2008 sont âgées entre 50 à 69 ans. Environ 41 % ont moins de 60 ans.
- Les taux bruts par groupe d'âge surpassent significativement les taux correspondants observés chez les Québécoises dans deux groupes d'âge : 50 à 59 ans et 60 à 69 ans (données non présentées).

## INCIDENCE

**Tableau 1 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup>, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008**

Ensemble des cancers <sup>2</sup>	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
<b>Hommes</b>										
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>
<b>Femmes</b>										
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<
<b>Sexes réunis</b>										
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 %.

≤ ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, 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 %.

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 total, sexes réunis, peut ne pas égaliser la somme des cas de cancer chez les hommes et les femmes.

### Constats

- À toutes les périodes quinquennales, les hommes nord-côtiers présentent des taux ajustés d'incidence significativement supérieurs à celui du reste de la population masculine québécoise. Ils sont aussi davantage atteints de cancer que les femmes de la région.
- Sauf exception, on ne remarque pas de variations significatives de l'incidence du cancer d'une période à l'autre, et ce, même si, en nombres absolus, les cas de cancer augmentent.

## INCIDENCE

**Tableau 2 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008**

Territoire de RLS	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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										

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 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. 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 peut ne pas égaliser la somme des cas de cancer chez les hommes et les femmes (tableaux 3 et 4). 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).

### Constats

- Quelques RLS se démarquent par des taux ajustés d'incidence du cancer 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 toutefois un taux d'incidence du cancer semblable au reste de la Côte-Nord, sauf en 1994-1998 où il s'avère plus élevé au plan statistique.
- Le taux d'incidence du cancer dans le RLS de Manicouagan surpasse toujours celui du reste du Québec, exception faite des années 1999-2003.
- Le cancer touche davantage les résidents de la Haute-Côte-Nord que le reste du Québec depuis 1989-1993.
- Alors que la Minganie a connu des taux ajustés d'incidence du cancer comparables au reste du Québec en 1994-1998 et 1999-2003, celui de 2004-2008 surpasse le taux du reste du Québec. Le taux ajusté d'incidence du cancer 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.
- En 2004-2008, les résidents de la Basse-Côte-Nord ont aussi vu leur taux ajusté d'incidence du cancer subir une hausse significative comparativement à celui de 1999-2003.
- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer observé entre 2004-2008 a augmenté parfois de façon importante en regard des années 1984-1988 dans presque tous les territoires de RLS. Toutefois, aucun écart significatif n'est détecté entre les taux ajustés d'incidence de ces deux périodes, et ce, quel que soit le RLS. On remarque une légère tendance à la hausse dans le RLS de la Haute-Côte-Nord. Une légère tendance à la baisse émerge dans les territoires de RLS suivants : Manicouagan, Sept-Îles, Minganie et Basse-Côte-Nord.

## INCIDENCE

**Tableau 3 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008**

Territoire de RLS	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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										

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 4), 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 ou supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %.

█ Test statistique indiquant que le taux du RLS en 2004-2008 est significativement inférieur 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. 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).

### Constats

- Quelques RLS se démarquent par des taux ajustés d'incidence du cancer chez les hommes significativement plus élevés que ceux du reste de la population masculine québécoise. C'est vrai, entre autres, de celui de Sept-Îles, sauf en 1989-1993 où la situation s'avère comparable.
- En 1994-1998 et 2004-2008, les hommes résidant sur le territoire du RLS de Sept-Îles affichent un taux ajusté d'incidence du cancer qui dépasse aussi significativement celui des autres hommes de la Côte-Nord.
- Depuis 1989-1993, le cancer touche davantage les hommes du RLS de la Haute-Côte-Nord, toutes proportions gardées, que ceux du reste du Québec.
- Durant la plupart des périodes, le taux ajusté d'incidence du cancer dans la population masculine du RLS de Manicouagan s'avère comparable à celui des autres Québécois.
- Le taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de la Minganie observé en 2004-2008 représente une baisse significative comparativement à celui de 1984-1988, mais une hausse significative en regard du taux de 1999-2003.
- L'incidence du cancer chez les hommes de la Basse-Côte-Nord est comparable à celle du reste de la population masculine du Québec à chacune des périodes. En 1994-1998, elle s'avère même plus faible que l'incidence enregistrée chez les autres hommes nord-côtiers.
- Dans les RLS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de Sept-Îles, les hommes affichent toujours des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que ceux des femmes.

## INCIDENCE

**Tableau 4 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les femmes selon le RLS de résidence, 1984-1988 à 2004-2008**

Territoire de RLS	1984-1988		1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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<
Caniapiscou										
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										

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 3), 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 du RLS est significativement supérieur à celui de la période précédente, au seuil de 5 %.

+ Test statistique indiquant que le taux du RLS en 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. 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 Caniapiscou et de Kawawachikamach, les données ne sont pas présentées afin d'éviter d'associer des statistiques à des personnes en particulier (confidentialité).

### Constats

- Les femmes de la Haute-Côte-Nord ne se démarquent jamais des autres Québécoises au regard de l'incidence du cancer.
- Jusqu'en 1994-1998, le cancer touche davantage les femmes du RLS de Manicouagan, toutes proportions gardées, que celles du reste du Québec. Au cours des deux dernières périodes quinquennales, aucun RLS ne se différencie significativement du reste de la province au regard du taux ajusté du cancer chez les femmes.
- Le taux ajusté d'incidence du cancer observé en 2004-2008 dans la population féminine du RLS de la Haute-Côte-Nord représente une hausse significative comparativement au taux de 1984-1988. Dans le RLS de la Minganie, le taux de 2004-2008 traduit une augmentation significative par rapport à celui de la période précédente (1999-2003).
- 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.



---

**INCIDENCE DU CANCER PAR TERRITOIRE DE RLS :  
1984 À 2008**

---

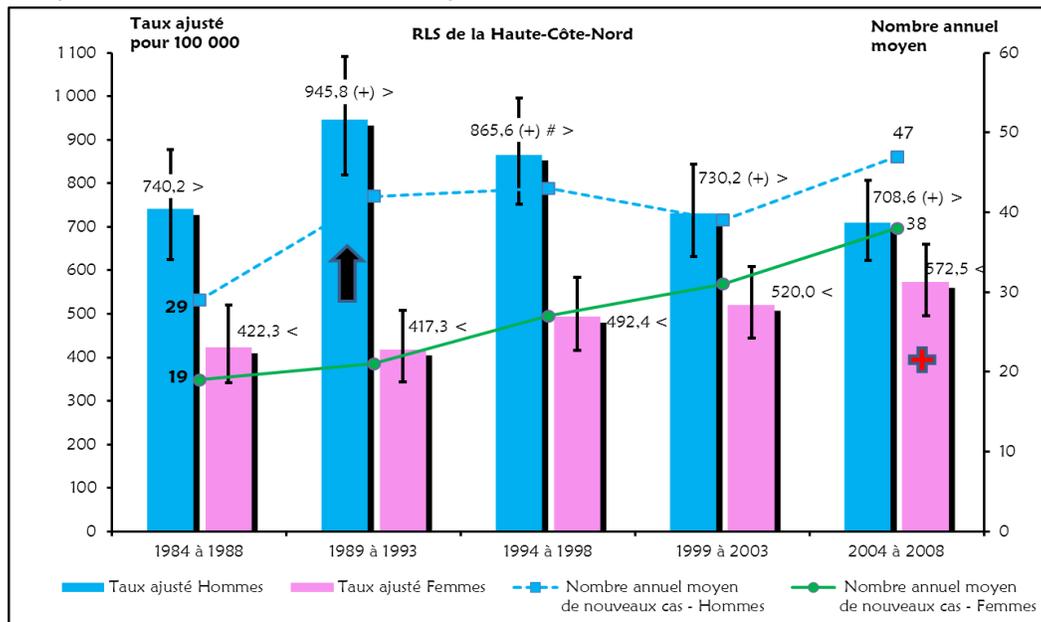
**Note**

**La situation des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach n'est pas présentée en raison des petits nombres et de l'imprécision des taux.**



## INCIDENCE PAR RLS

Figure 13 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-1988 à 2004-2008



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↑ Test statistique indiquant que la valeur est significativement supérieure à celle de la période précédente.

+ Test statistique indiquant que la valeur de 2004-2008 est significativement supérieure à celle de 1984-1988, au seuil de 5 %.

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

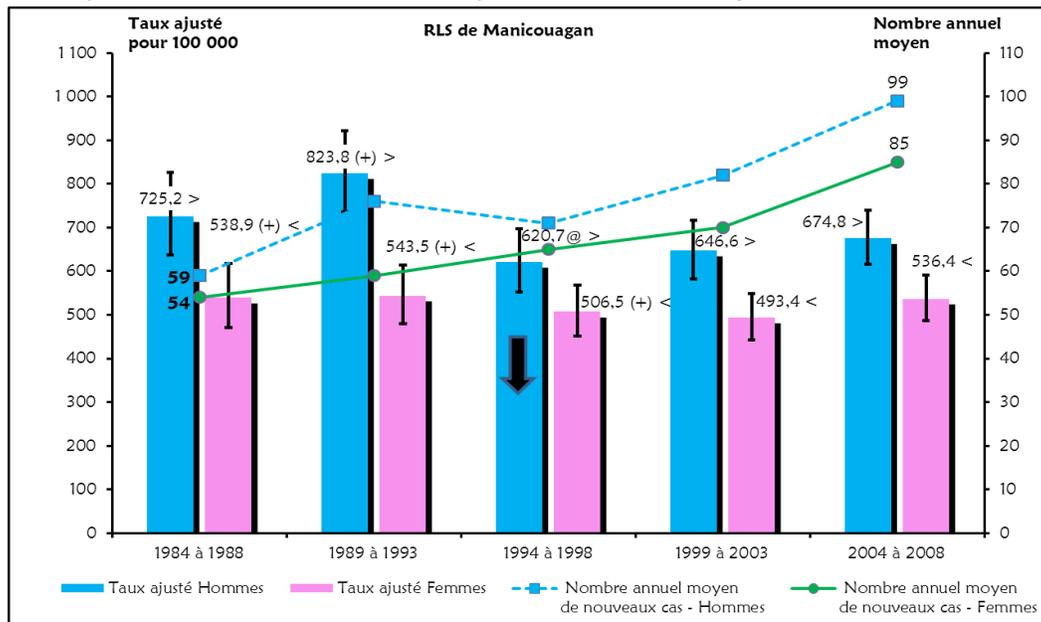
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- La figure 13 fait état de l'évolution du nombre de nouveaux cas de cancer ainsi que du taux d'incidence de cette maladie selon le sexe dans le RLS de la Haute-Côte-Nord au cours des cinq périodes quinquennales entre 1984 et 2008.
- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer au sein de la population masculine est passé de 29, en 1984-1988, à 47 en 2004-2008. Chez les femmes, ce nombre a doublé au cours de la même période (de 19 à 38).
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Haute-Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir reçu un diagnostic de cancer. À l'exception des années 1984-1988, le taux d'incidence du cancer se révèle aussi significativement plus élevé chez les hommes de ce territoire que dans le reste de la population masculine québécoise. En outre, il surpasse aussi celui des hommes du reste de la Côte-Nord en 1994-1998.
- Pour leur part, les femmes de la Haute-Côte-Nord ne se démarquent jamais des autres Québécoises au regard de l'incidence du cancer.
- On note une tendance à la baisse du taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de la Haute-Côte-Nord (740 c. 709 pour 100 000). Toutefois, l'écart demeure insuffisant pour être déclaré statistiquement significatif par des tests statistiques. En revanche, on observe une hausse significative pour les femmes (de 422 à 573 pour 100 000).
- En 1989-1993, le taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de ce territoire a augmenté significativement par rapport à la période précédente (946 c. 740 pour 100 000).

## INCIDENCE PAR RLS

**Figure 14 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1984-1988 à 2004-2008**



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 faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure à celle de la période précédente.

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

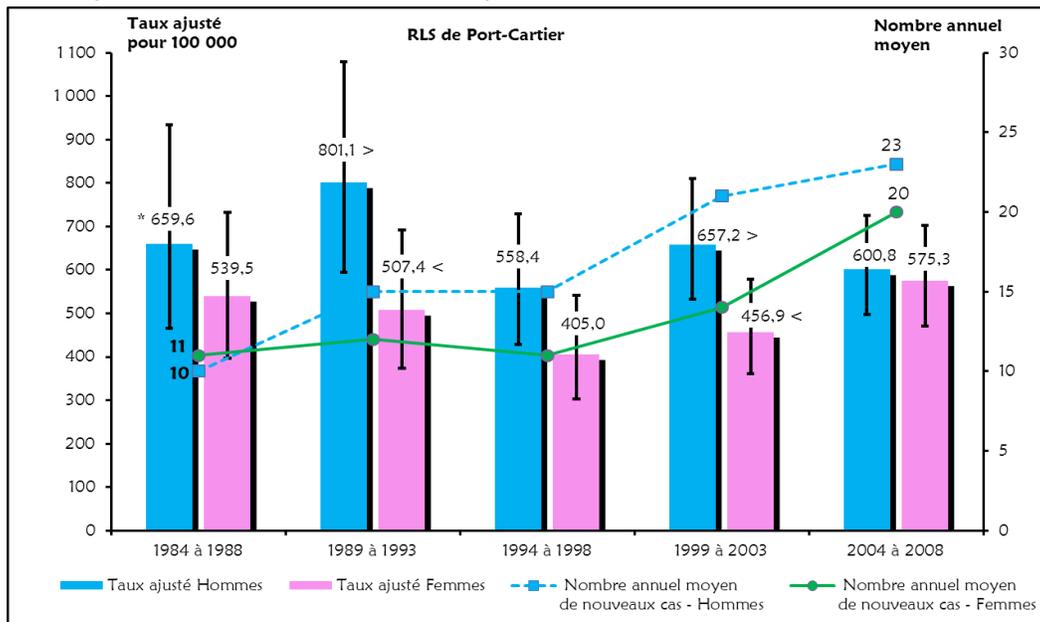
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer enregistré dans la population masculine du RLS de Manicouagan a connu une croissance d'environ 68 % (de 59 à 99) entre 1984-1988 et 2004-2008. Pendant ce temps, du côté des femmes, ce nombre a augmenté de 57 % (de 54 à 85).
- Tout au long des périodes considérées, les hommes de Manicouagan connaissent des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que les femmes. Ils ont cependant des taux d'incidence du cancer comparables au reste de la population masculine québécoise, sauf en 1989-1993 où ils étaient significativement plus élevés. Fait à noter, en 1994-1998, les hommes de ce RLS ont même enregistré un taux d'incidence plus faible que ceux du reste de la Côte-Nord.
- Pour leur part, les femmes se démarquent des autres Québécoises au cours des trois premières périodes quinquennales. Toutefois, depuis 1999-2003, la situation des femmes du RLS de Manicouagan se compare à celle du reste de la population féminine du Québec.
- En 2004-2008, on note une tendance à la baisse du taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de Manicouagan par rapport à 1984-1988 (675 c. 725 pour 100 000), et ce, malgré l'augmentation du nombre de nouveaux cas. L'écart n'est toutefois pas significatif au plan statistique. Les données n'indiquent pas de variations significatives chez les femmes durant cette période.
- En 1994-1998, le taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de ce territoire a diminué significativement par rapport à la période précédente (621 c. 824 pour 100 000).

## INCIDENCE PAR RLS

**Figure 15 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1984-1988 à 2004-2008**



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.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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

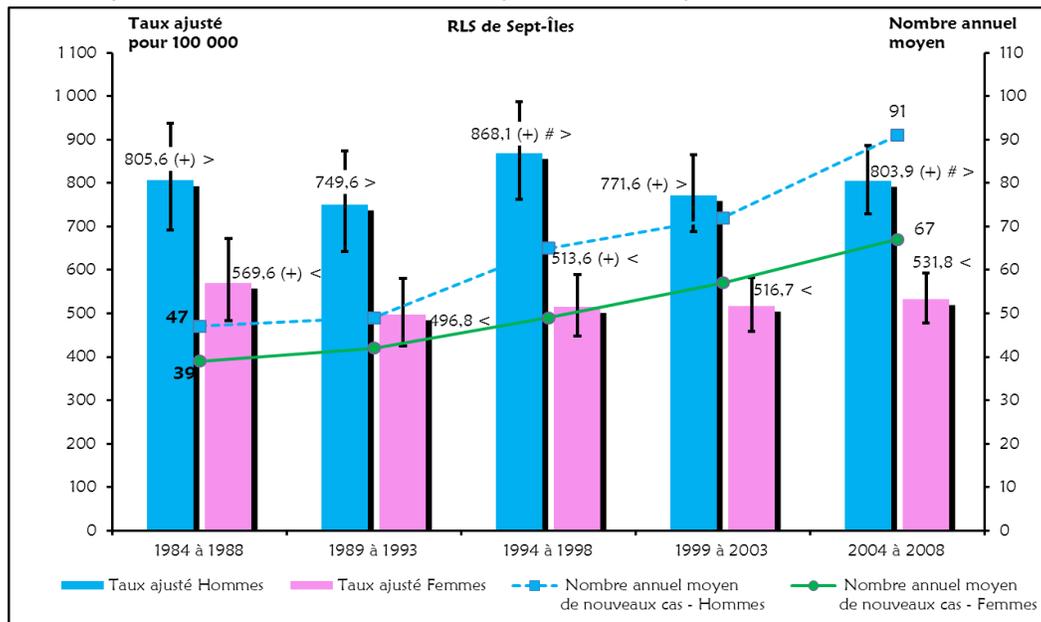
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer a doublé entre 1984-1988 et 2004-2008 dans les populations masculine et féminine du RLS de Port-Cartier.
- Malgré cette hausse du nombre de nouveaux cas, aucune variation significative n'est détectée dans les taux ajustés d'incidence. Les statistiques de 2004-2008 démontrent que le taux d'incidence tend à baisser chez les hommes par rapport à 1984-1988 (601 c. \*660 pour 100 000). En contrepartie, il tend à croître chez les femmes (575 c. 540 pour 100 000).
- En 1989-1993 et 1999-2003, les hommes du RLS de Port-Cartier affichent des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que les femmes.
- Que ce soit chez les hommes ou les femmes, les taux ajustés d'incidence du cancer enregistrés dans la population du RLS de Port-Cartier se comparent au plan statistique à ce qu'on observe dans les groupes de même sexe du reste du Québec.

## INCIDENCE PAR RLS

Figure 16 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1984-1988 à 2004-2008



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

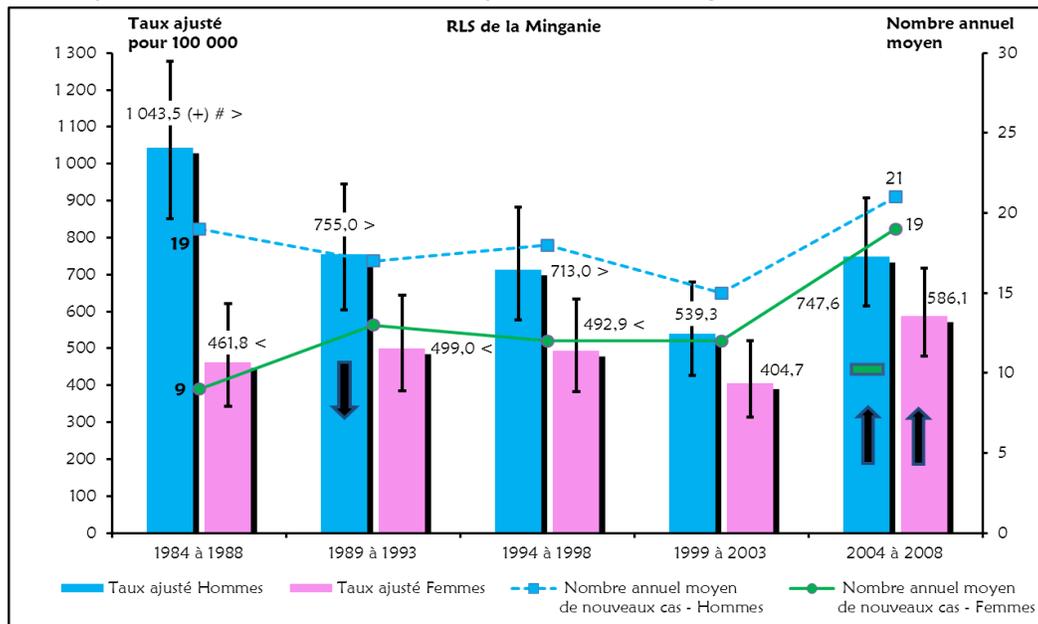
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer enregistré dans la population masculine du RLS de Sept-Îles a presque doublé (de 47 à 91) entre 1984-1988 et 2004-2008. Pendant ce temps, chez les femmes, ce nombre a augmenté de 71 % (de 39 à 67).
- Tout au long des périodes étudiées, les hommes du RLS de Sept-Îles connaissent des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que les femmes. Ils ont aussi des taux d'incidence plus hauts que le reste de la population masculine québécoise, sauf en 1989-1993. Fait à noter, en 1994-1998 et en 2004-2008, les hommes du RLS de Sept-Îles sont significativement plus nombreux à avoir reçu un diagnostic de cancer que ceux du reste de la Côte-Nord.
- Le taux ajusté de cancer observé chez les femmes du RLS de Sept-Îles surpasse significativement celui des autres Québécoises en 1984-1988 et en 1994-1998. Pour les autres périodes, on ne détecte pas d'écarts statistiques entre les deux groupes.
- Chez les femmes, on remarque une tendance à la baisse du taux d'incidence enregistré en 2004-2008 comparativement à celui de 1984-1988 malgré la hausse du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (de 570 à 532 pour 100 000).

## INCIDENCE PAR RLS

Figure 17 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1984-1988 à 2004-2008



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↓ ↑ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure ou supérieure à celle de la période précédente.

■ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière de 2004-2008 est significativement inférieure à celle de 1984-1988.

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

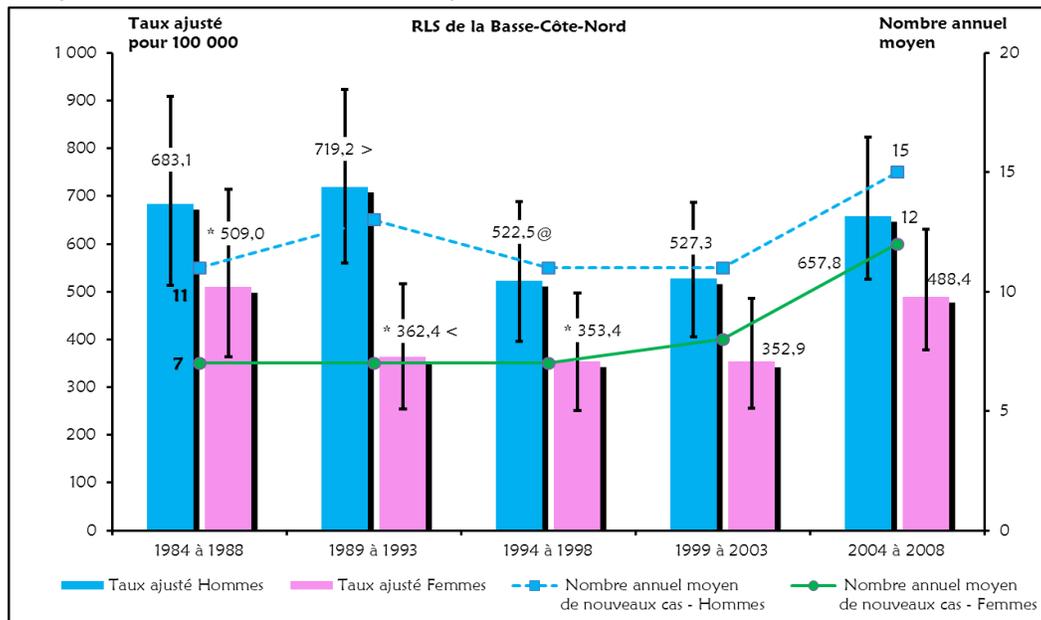
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus (sauf le cancer in situ de la vessie).

### Constats

- En Minganie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer chez les hommes présente une certaine stabilité (autour de 19 à 21 en général). Chez les femmes, on note aussi une certaine constance du nombre de nouveaux cas jusqu'en 1999-2003. Toutefois, cette moyenne annuelle a augmenté de 58 % (de 12 à 19) de 1999-2003 à 2004-2008.
- Les femmes et les hommes du RLS de la Minganie ont donc vu leur taux ajusté d'incidence du cancer croître de manière significative en 2004-2008 par rapport aux taux de 1999-2003. En outre, chez les hommes, le taux de cancer observé en 2004-2008 représente un fléchissement significatif comparativement à celui de 1984-1988 (748 c. 1 044 pour 100 000).
- Jusqu'en 1994-1998, les hommes du RLS de la Minganie ont enregistré des taux ajustés d'incidence du cancer significativement plus élevés que les femmes. Depuis 1999-2003, la situation s'avère similaire, au plan statistique, dans les deux groupes dans la mesure où les données ne permettent pas de détecter d'écarts significatifs.

## INCIDENCE PAR RLS

**Figure 18 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-1988 à 2004-2008**



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 faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 5 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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).

### Constats

- Malgré l'augmentation du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer observée chez les hommes et les femmes de la Basse-Côte-Nord entre 1984-1988 et 2004-2008, les taux ajustés d'incidence de la maladie ont tendance à diminuer légèrement pour les hommes. Leur taux est passé de 683 à 658 pour 100 000. Quant aux femmes, leur taux d'incidence a reculé de \*509 à 488 pour 100 000 personnes. Il est question de tendance puisque les écarts ne sont pas significatifs au point de vue statistique.
- En 1994-1998, la population masculine de la Basse-Côte-Nord affiche un taux d'incidence du cancer significativement inférieur aux autres hommes de la région nord-côtière.
- On ne détecte pas d'écarts significatifs selon le sexe, sauf en 1989-1993. Durant cette période, les hommes ont affiché un taux de cancer significativement plus élevé que les femmes. Quant aux autres périodes, les taux d'incidence du cancer chez les hommes suivent aussi la même tendance, mais les écarts demeurent insuffisants pour être déclarés significatifs. Concrètement, ce phénomène est illustré par le chevauchement important des intervalles de confiance.
- Que ce soit chez les hommes ou les femmes, les taux ajustés d'incidence du cancer enregistrés dans la population du RLS de la Basse-Côte-Nord se comparent au plan statistique à ce qu'on observe dans le reste du Québec.

---

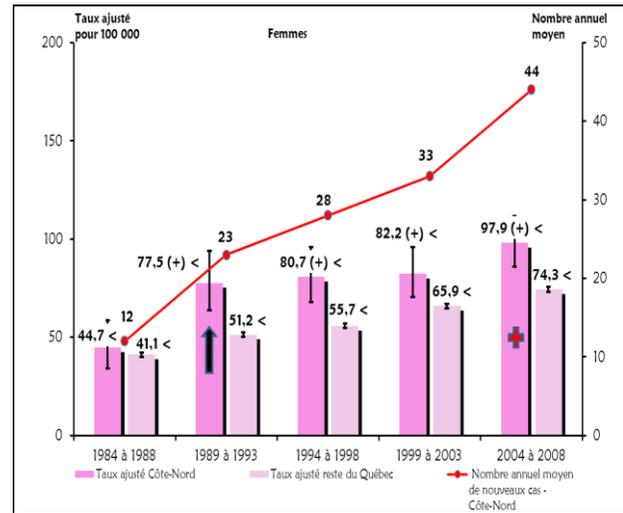
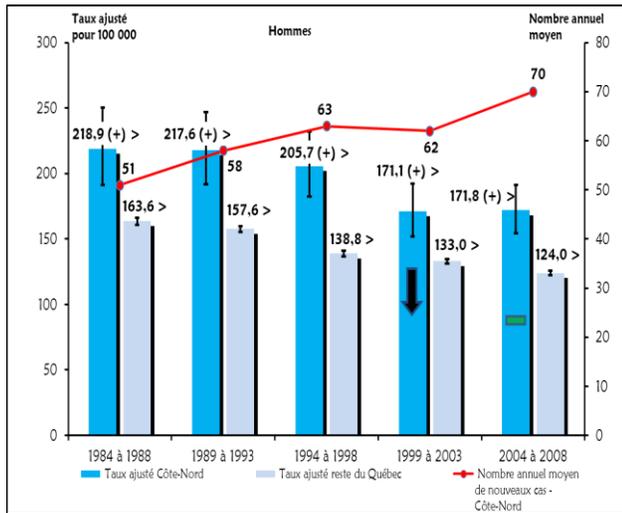
**INCIDENCE DU CANCER SELON CERTAINS SIÈGES :  
1984 À 2008**

---



## INCIDENCE - SIÈGES

Figures 19 et 20 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup>, du cancer du poumon<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↑ ou ↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure ou supérieure à celle de la période précédente.

■ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère de 2004-2008 est significativement inférieure à celle de 1984-1988.

⊕ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère de 2004-2008 est significativement supérieure à celle de 1984-1988.

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

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

### Constats

#### Hommes

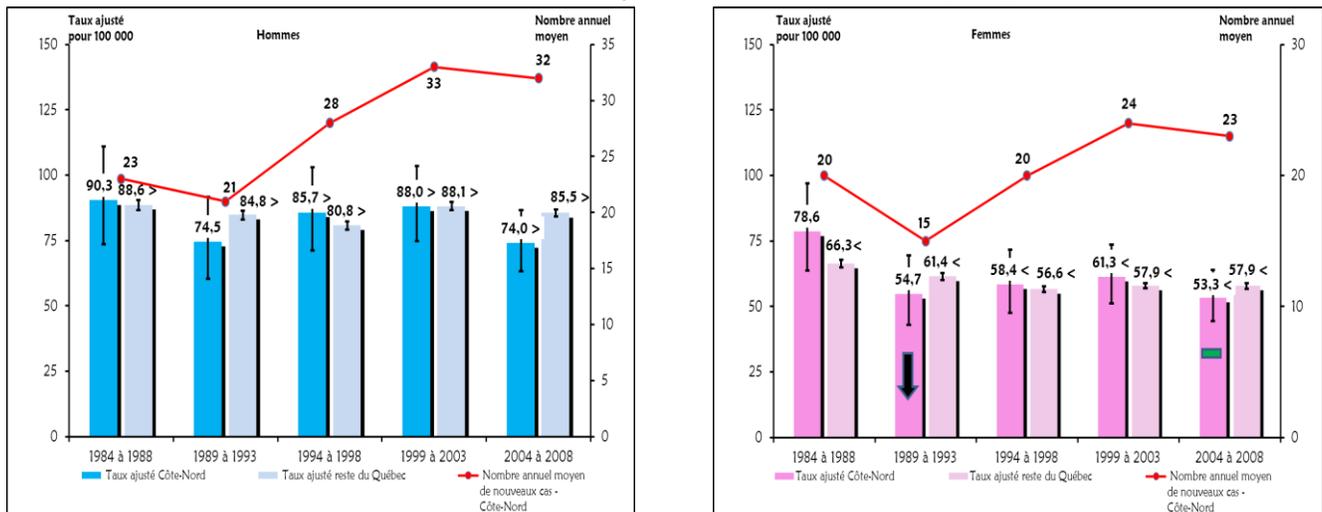
- La figure 19 présente l'évolution du nombre de nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes nord-côtiers ainsi que du taux ajusté d'incidence du cancer chez les Nord-Côtiers et les hommes du reste du Québec au cours des cinq périodes quinquennales entre 1984 et 2008.
- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon de la population masculine est passé de 51, en 1984-1988, à 70 en 2004-2008. Malgré cette hausse du nombre de nouveaux cas, on assiste, en 2004-2008, à une diminution du taux d'incidence du cancer du poumon dans la population masculine nord-côtère comparativement à 1984-1988 (172 c. 219 pour 100 000).
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux que ceux du reste du Québec à être touchés par ce type de cancer. Par exemple, pour la période 2004-2008, le taux ajusté d'incidence se chiffre à 172 pour 100 000 personnes en regard de 124 pour 100 000 chez les autres hommes du Québec.
- En 1999-2003, les hommes ont aussi vu leur taux ajusté d'incidence du cancer du poumon connaître un fléchissement significatif par rapport à la période précédente (171 c. 206 pour 100 000). Le même phénomène prévaut dans le reste du Québec.
- À chacune des périodes quinquennales, les hommes nord-côtiers, comme ceux du reste du Québec, sont significativement plus touchés par le cancer du poumon que les femmes.

#### Femmes

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon au sein de la population féminine nord-côtère est passé de 12, en 1984-1988, à 44 en 2004-2008.
- À l'exception des années 1984-1988, les femmes de la Côte-Nord affichent un taux ajusté d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que celui des autres Québécoises. Ainsi, pour la période 2004-2008, ce taux se situe à 98 pour 100 000 personnes en regard de 74 pour 100 000 chez les autres femmes du Québec.
- Fait à signaler, en 2004-2008, on observe une augmentation significative du taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les Nord-Côtiers par rapport à 1984-1988 (98 c. 45 pour 100 000), alors qu'il a diminué chez les hommes (figure 19). Ce constat est conforme à ce qui prévaut dans le reste du Québec. 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-Côtiers, son incidence y demeure cependant plus faible que chez les hommes. Il en va de même dans le reste du Québec.

## INCIDENCE - SIÈGES

Figures 21 et 22 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup>, du cancer colorectal<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008



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.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure à celle de la période précédente.

█ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière de 2004-2008 est significativement inférieure à celle de 1984-1988.

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

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

### Constats

#### Hommes

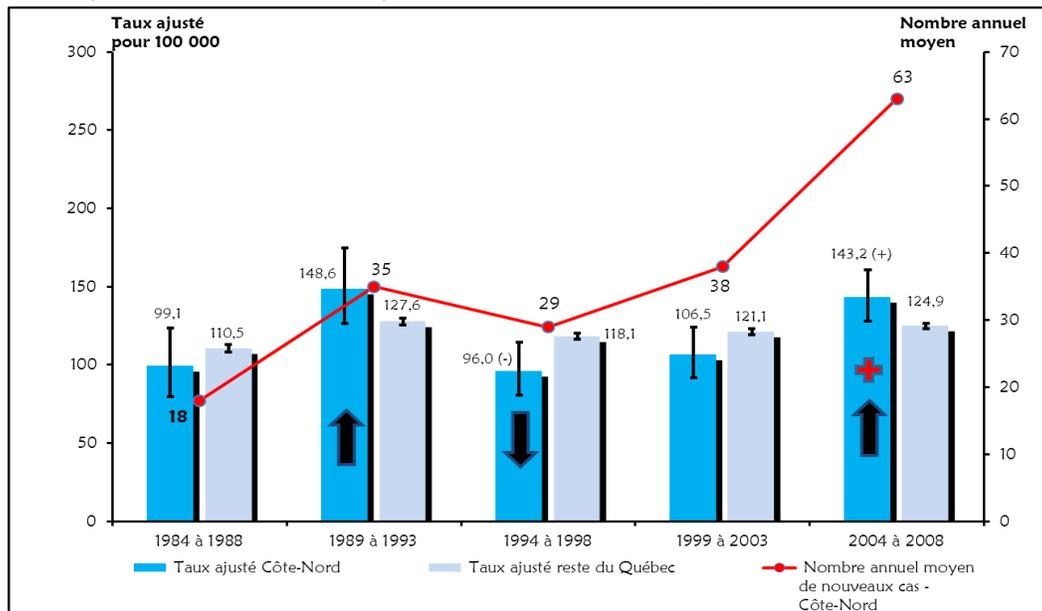
- De 1984-1988 jusqu'en 1999-2003, on observe une augmentation constante de la moyenne annuelle de nouveaux cas de cancer colorectal chez les hommes nord-côtiers (de 23 à 33). Le nombre moyen de nouveaux cas se chiffre à 32 dans la période subséquente. Le taux ajusté du taux d'incidence du cancer colorectal enregistré en 2004-2008 chez les hommes de la Côte-Nord ne se révèle pas significativement différent de celui de 1984-1988, bien qu'il se dessine une tendance à la baisse (74 c. 90 pour 100 000 personnes). Dans le reste du Québec, la diminution s'avère significative.
- Aucune variation significative du taux d'incidence ne se manifeste d'une période quinquennale à l'autre.
- Pour chacune des périodes quinquennales, la Côte-Nord présente un taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes comparable, au plan statistique, à celui du reste de la population masculine québécoise.
- À partir de 1994-1998, l'incidence du cancer colorectal est plus élevée chez les hommes que chez les femmes de la Côte-Nord alors qu'elle est comparable au cours des deux périodes quinquennales antérieures. Dans le reste du Québec, à chacune des périodes, ce type de cancer est significativement plus répandu chez les hommes que chez les femmes.

#### Femmes

- Exception faite de la période 1989-1993, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal chez les femmes de la Côte-Nord demeure relativement stable (de 20 à 24 cas par année). Il avait diminué à 15 durant les années 1989-1993.
- Les femmes de la Côte-Nord affichent un taux ajusté d'incidence du cancer colorectal semblable aux autres Québécoises.
- En 2004-2008, on remarque un fléchissement significatif du taux ajusté d'incidence de ce type de cancer chez les Nord-Côtières par rapport à 1984-1988 (53 c. 79 pour 100 000). Les autres Québécoises ont également vu leur taux d'incidence du cancer colorectal reculer de manière significative durant la même période.
- Sur la Côte-Nord, l'incidence du cancer colorectal dans la population féminine s'avère plus faible que chez les hommes depuis 1994-1998. Dans le reste du Québec, à chacune des périodes, ce type de cancer est significativement moins fréquent chez les femmes que chez les hommes.

## INCIDENCE - SIÈGES

Figure 23 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup>, du cancer de la prostate<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008



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 ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

↑ ↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure ou supérieure à celle de la période précédente.

+ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière de 2004-2008 est significativement supérieure à celle de 1984-1988.

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

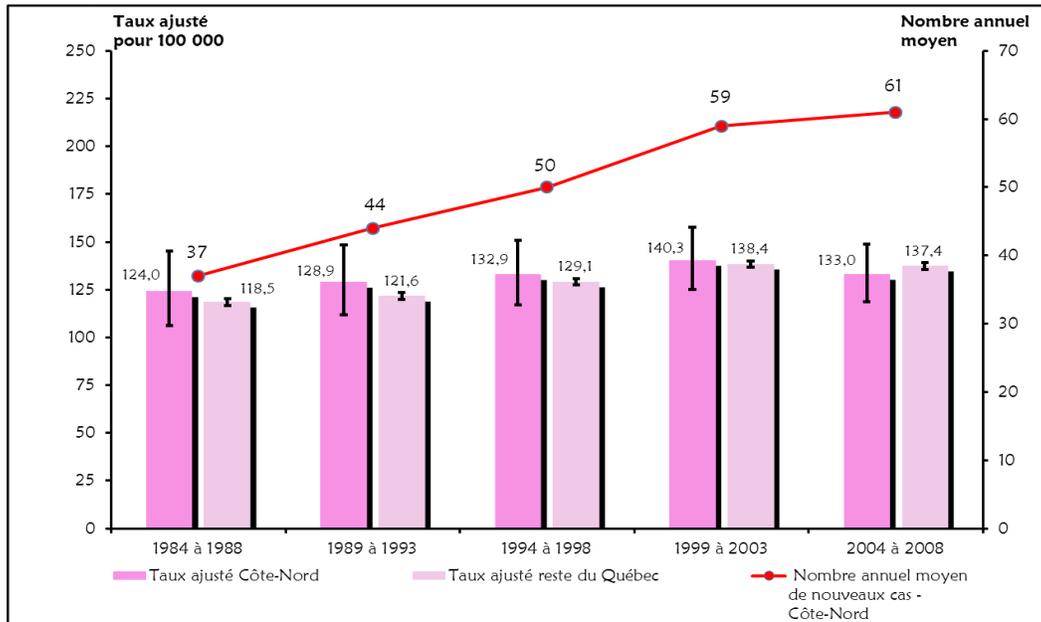
2. CIM-O-3 : (C61 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

### Constats

- 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).
- Sur la Côte-Nord, le cancer de la prostate se classe au second rang des cancers les plus fréquents chez l'homme entre 2004-2008 (21 % de l'ensemble des cancers) après celui du poumon (23 % des cancers) et devant le cancer colorectal (11 %, voir figure 3).
- 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 (MED-ÉCHO). 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'apparaissent pas au Fichier des tumeurs. Selon une étude publiée en 2003 par l'Institut national de santé publique du Québec, 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).
- Cette précision étant faite, on remarque certaines fluctuations significatives du taux d'incidence nord-côtière 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 2004-2008. Comme ces fluctuations concordent avec ce qui est observé ailleurs, certains avancent que l'utilisation plus répandue du test de dépistage APS (antigène prostatique spécifique) à certaines périodes pourrait expliquer en partie ces augmentations de l'incidence du cancer de la prostate.
- Pour certaines périodes quinquennales, la Côte-Nord présente un taux d'incidence du cancer de la prostate 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 précoce du cancer de la prostate.
- Le taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate observé chez les hommes de la Côte-Nord en 2004-2008 représente une hausse significative en regard du taux de la période 1984-1988 (143 c. 99 pour 100 000).

## INCIDENCE - SIÈGES

Figure 24 - Évolution du taux d'incidence normalisé selon l'âge<sup>1</sup>, du cancer du sein<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de nouveaux cas selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-1988 à 2004-2008



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.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.
2. CIM-O-3 : (C50 et histologie = toutes, sauf 9050-9055, 9140, 9590-9989).

### Constats

- 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 (de 124 à 133 pour 100 000). Dans le reste du Québec, par contre, la hausse du taux d'incidence s'avère significative.
- Rappelons que sur la Côte-Nord, pour la période 2004-2008, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers les plus fréquents chez la femme (25 % de l'ensemble des cancers) avant celui du poumon (18 % des cancers) et le cancer colorectal (environ 10 %, voir figure 4).
- 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.

---

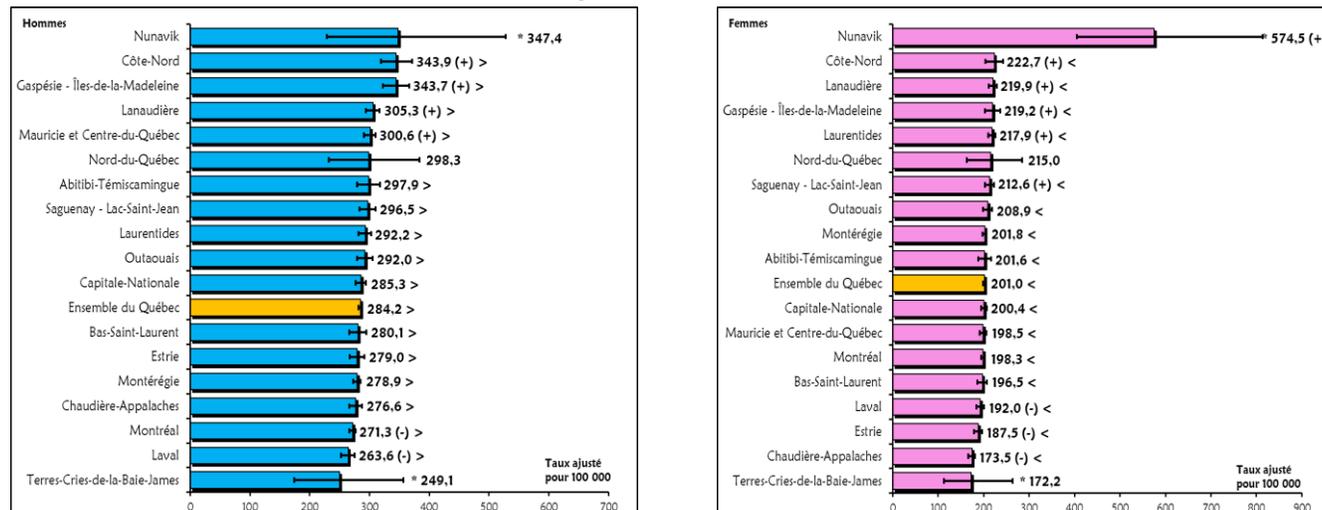
**MORTALITÉ PAR CANCER : 1984 À 2009**

---



## DÉCÈS

Figures 25 et 26 - Taux de décès normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes selon la région de résidence, 2005-2009



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 ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %. La valeur du reste du Québec varie d'une région à l'autre.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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-10 = C00-C43, C45-C97).

### Constats

#### Hommes

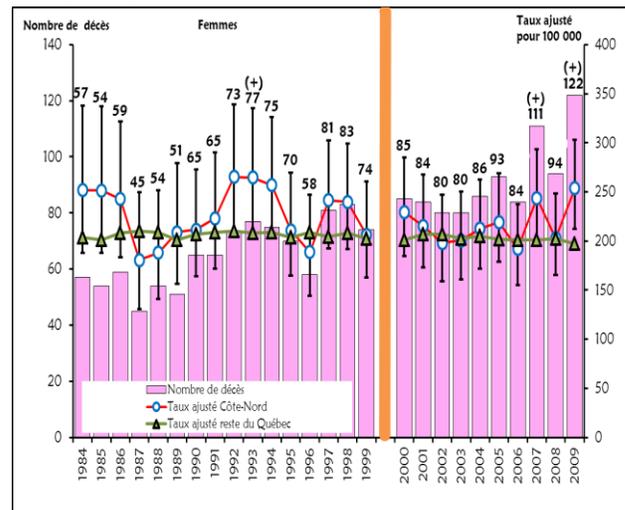
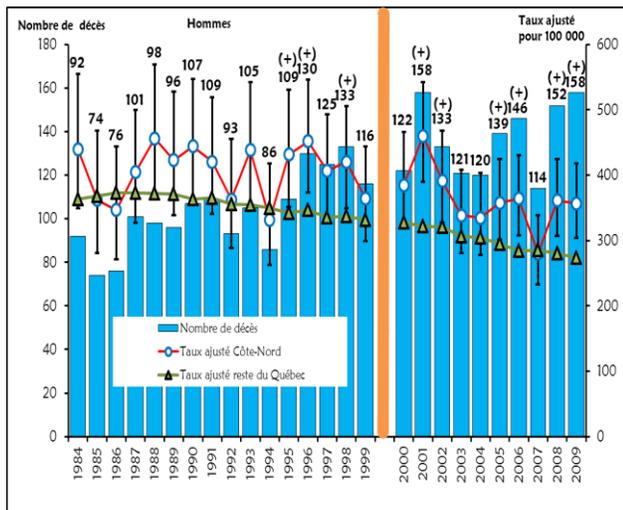
- Pour l'ensemble de la période 2005-2009, on enregistre une moyenne annuelle de 142 décès par cancer chez les hommes nord-côtiers (voir figure 30), soit un taux ajusté de 344 décès pour 100 000 personnes. Ce taux de mortalité surpasse significativement celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux se situe à 284 par 100 000 personnes.
- Durant la même période, environ 58 % des décès par cancer sur la Côte-Nord s'observent chez les hommes. Dans le reste du Québec, cette proportion se situe à près de 52 %.
- Bien que la figure semble indiquer que la Côte-Nord occupe le deuxième rang au Québec au regard de la mortalité masculine par cancer, les tests statistiques ne permettent pas de faire cette affirmation. En effet, ils démontrent que la Côte-Nord ne se démarque pas significativement d'autres régions comme le Nunavik, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue et la région de Lanaudière, entre autres. Visuellement, on peut le voir par la comparaison des intervalles de confiance qui se chevauchent de façon importante dans certains cas. Cependant, la région nord-côtière figure parmi les régions du Québec qui connaissent les plus hauts taux de mortalité par cancer chez les hommes.
- Le taux de mortalité par cancer enregistré au sein de la population masculine nord-côtière surpasse significativement celui des femmes (344 c. 223 pour 100 000 personnes).

#### Femmes

- En 2005-2009, environ 101 femmes nord-côtières décèdent du cancer à chaque année (voir figure 31), ce qui représente un taux ajusté de 223 décès pour 100 000 personnes. Ce taux dépasse de façon significative celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux de mortalité par cancer chez les femmes se chiffre à 201 par 100 000 personnes.
- La Côte-Nord figure parmi les régions du Québec qui ont les plus hauts taux de mortalité par cancer chez les femmes en 2005-2009.

## DÉCÈS

Figures 27 et 28 - Nombre de décès et taux de décès normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2009



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 %.

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 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

#### Hommes

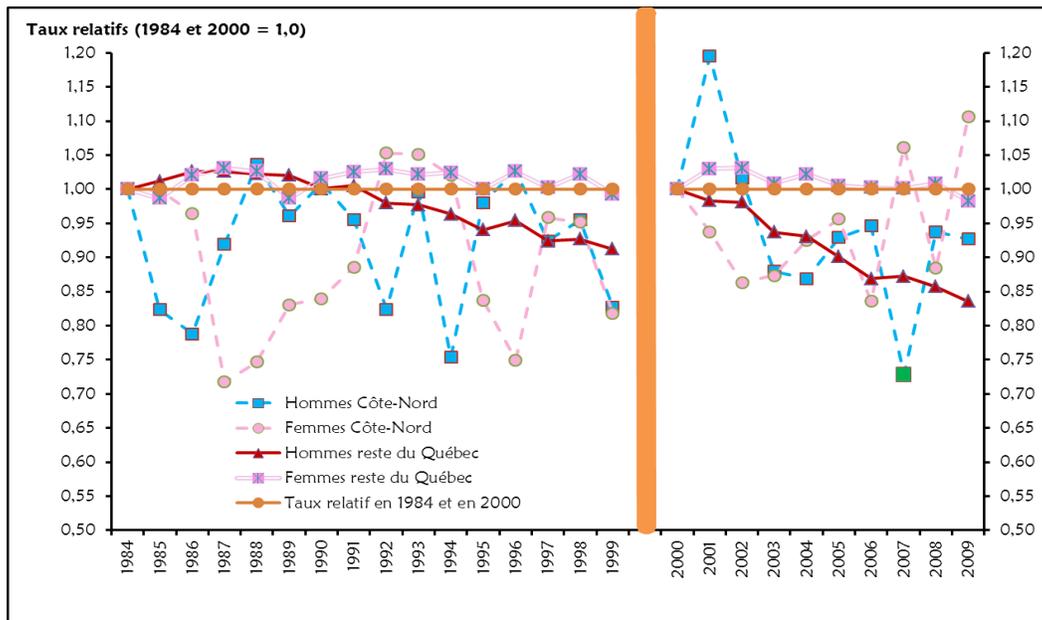
- La figure 27 illustre l'évolution du nombre de décès par cancer chez les hommes nord-côtiers ainsi que les fluctuations des taux ajustés de mortalité enregistrés dans la région et dans le reste du Québec.
- De 1984 à 1999, le nombre de décès par cancer a augmenté d'environ 26 % chez les hommes de la Côte-Nord (de 92 à 116). La hausse du nombre de décès est d'environ 30 % pour la période 2000-2009 (de 122 à 158). En raison du passage de la CIM-9 à la CIM-10, en 2000, au regard de la codification des causes de décès, il faut demeurer très vigilant lorsqu'on compare des années qui n'utilisent pas la même classification. Idéalement, il vaut mieux s'abstenir de le faire.
- Les taux ajustés de décès de la Côte-Nord sont illustrés par la courbe rouge (axe de droite). Malgré l'augmentation du nombre de décès entre 1984 et 1999, on observe une tendance à la baisse du taux ajusté de décès (de 440 à 364 décès pour 100 000 personnes). L'écart n'est toutefois pas significatif au plan statistique. La même observation prévaut pour le taux de 2009 en regard de celui de 2000 (357 c. 385 décès pour 100 000).
- À partir de 1995, les hommes nord-côtiers affichent généralement des taux de mortalité par cancer significativement plus élevés que les autres hommes du Québec (taux illustrés par la courbe verte, axe de droite). Quand c'est le cas, on peut le constater sur le graphique par le fait que les valeurs du reste du Québec se situent à l'extérieur ou à l'extrémité des intervalles de confiance des taux de la Côte-Nord.

#### Femmes

- Le nombre de décès par cancer chez les femmes nord-côtiers a connu une hausse d'environ 30 % entre 1984 et 1999 (de 57 à 74). Entre 2000 et 2009, la hausse se chiffre à 44 % (de 85 à 122). Malgré cette hausse, on note une légère tendance à la baisse (donc non significative) du taux ajusté de mortalité entre 1984 et 1999 (de 252 à 206 décès pour 100 000). Entre 2000 et 2009, une tendance à la hausse se dessine (de 230 à 254 décès pour 100 000); cependant, on ne peut parler d'une variation significative durant cette dernière période.
- Au cours de ces 25 ans, la mortalité par cancer chez les femmes nord-côtiers se compare, au plan statistique, à celle des autres Québécoises. En fait, il n'y a que trois années (1993, 2007 et 2009) où les Nord-Côtiers ont des taux ajustés de mortalité supérieurs aux autres femmes du Québec.
- Pendant 20 des 25 années étudiées, les femmes de la Côte-Nord connaissent des taux de mortalité par cancer significativement plus bas que les hommes. Les cinq années où l'écart entre les hommes et les femmes se révèle non significatif sont 1985, 1986, 1992, 1994 et 2007. Dans le reste du Québec, un écart significatif en faveur des femmes prévaut à chaque année (situations non illustrées dans les figures).

## DÉCÈS

Figure 29 - Changement relatif des taux de décès normalisés selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> selon le sexe, Côte-Nord et reste du Québec, 1984-2009



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.

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 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

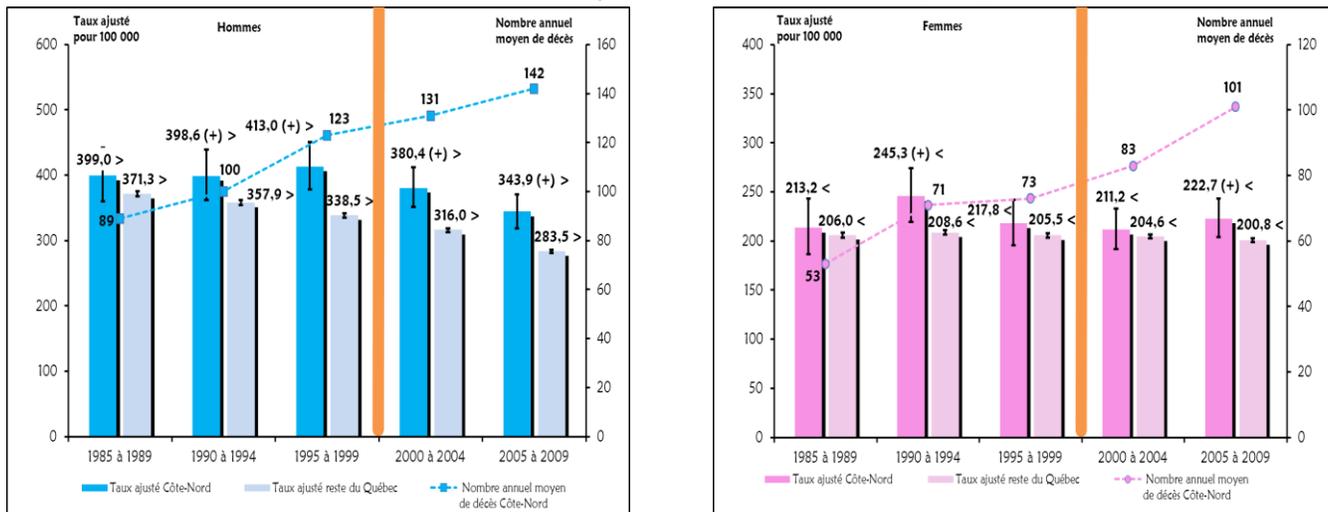
Note : Le marqueur vert indique une baisse significative par rapport au taux nord-côtier du début de la période.

### Constats

- Ce graphique traduit, en termes relatifs, les fluctuations annuelles des taux de mortalité par cancer par rapport à la situation de 1984 pour les années 1984 à 1999 et par rapport à 2000 (pour les années 2000 à 2009). Dans les deux situations, la valeur de référence est égale à 1 (ligne horizontale orangée). La figure contraste la région nord-côtière par rapport au reste du Québec à la fois chez les hommes et les femmes.
- On observe aisément que, durant toute la période, le taux de mortalité par cancer des femmes de la Côte-Nord (ligne pointillée rose) ne revient que rarement au-dessus de celui de 1984 (1984-1989) ou de 2000 (2000-2009). Comme on l'a déjà souligné dans les constats de la figure 28, même si on note une tendance à la baisse entre 1984 et 1999, elle ne ressort pas comme significative d'un point de vue statistique. Par ailleurs, les fluctuations annuelles durant cette période ne se révèlent pas significatives non plus. Les mêmes remarques s'appliquent pour la période 2000-2009.
- Chez les autres femmes québécoises (ligne double rose), les taux ajustés de mortalité ont tendance à se maintenir autour de leur valeur de référence, que ce soit en 1984-1999 ou 2000-2009.
- Chez les hommes nord-côtiers (ligne pointillée bleue), on observe des valeurs qui ont tendance à se situer, tantôt au-dessus, tantôt en deçà du taux de 1984 ou de 2000. Pour la période 1984-1999, les tests statistiques réalisés ne révèlent aucun écart significatif, ni entre chacun des taux annuels et celui de 1984, ni dans les variations annuelles. Quant aux années 2000 à 2009, le taux ajusté de mortalité enregistré en 2007 se révèle significativement inférieur à celui de 2000. Les taux enregistrés en 2007 et 2008 divergent de manière significative de celui de l'année précédente.
- Dans la population masculine du reste du Québec (ligne rouge), les taux ajustés de mortalité par cancer ont fléchi significativement dans les deux périodes, soit de 9 %, de 1984 à 1999, et de 16 %, de 2000 à 2009.

## DÉCÈS

Figures 30 et 31 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

#### Hommes

- La figure 30 présente le nombre de décès par cancer chez les hommes nord-côtiers ainsi que les taux ajustés de mortalité des hommes de la Côte-Nord et du reste du Québec au cours des cinq périodes quinquennales entre 1985 et 2009. Étudier les données sur des périodes regroupant quelques années permet d'atténuer les variations parfois observées sur une base annuelle et, ainsi, d'obtenir une meilleure représentation de la situation de la mortalité due à cette maladie.
- En raison du passage, en 2000, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des causes de décès, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1985 à 1999 et 2000 à 2009).
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer chez les hommes nord-côtiers est passé de 89 à 123, soit une augmentation de 38 %. Toutefois, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on s'aperçoit que les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié de manière significative bien que l'on note une certaine tendance à la hausse (de 399 à 413 décès pour 100 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 17 % durant la même période (tableau 5); cependant, leur taux ajusté de mortalité a reculé significativement (de 371 à 339 décès pour 100 000).
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer a continué de croître, et ce, autant chez les Nord-Côtiers (8 %) que dans le reste de la population masculine québécoise (5 %, données tirées du tableau 5). Malgré ces hausses du nombre de décès, on observe une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes de la Côte-Nord (de 380 à 344 décès pour 100 000). Dans le reste de la population masculine du Québec, le recul du taux de mortalité s'avère significatif au plan statistique (de 316 à 284 pour 100 000).

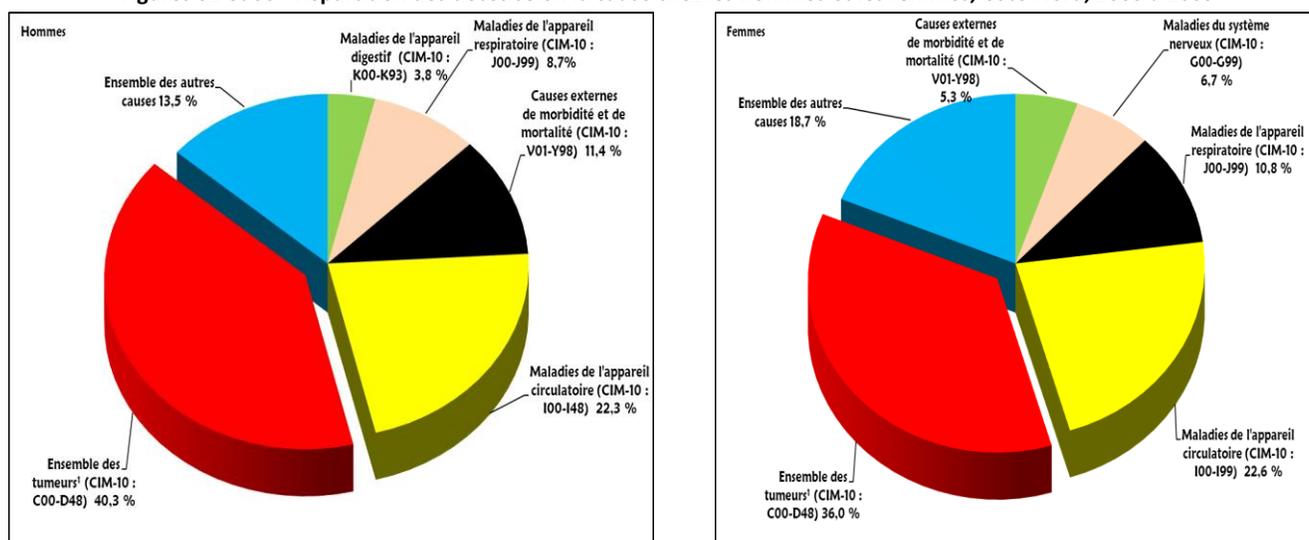
- À l'exception des années 1985-1989, les hommes de la Côte-Nord enregistrent des taux ajustés de mortalité par cancer significativement plus élevés que le reste de la population masculine québécoise.

#### Femmes

- Chez les femmes nord-côtières, le nombre annuel moyen de décès par cancer a connu une croissance d'environ 38 % entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 53 à 73). Pendant la même période, cette hausse s'établit à 28 % dans le reste de la population féminine québécoise (tableau 5). En contrepartie, les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié significativement, ni chez les Nord-Côtières, ni chez les autres Québécoises.
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer a maintenu sa croissance, et ce, autant chez les femmes de la Côte-Nord (22 %) que chez les autres Québécoises (9 %, données tirées du tableau 5). On observe une tendance à la hausse du taux ajusté de mortalité des Nord-Côtières (211 c. 223 décès pour 100 000). Du côté des autres femmes du Québec, malgré le faible écart dans les taux, le fléchissement enregistré se révèle significatif (205 c. 201 décès pour 100 000).
- Chez les Nord-Côtières, les taux de mortalité 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 pour toutes les périodes quinquennales.

## DÉCÈS

Figures 32 et 33 - Répartition des décès selon la cause chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2005 à 2009



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.

1. Les tumeurs in situ (CIM-10 : D00-D09), les tumeurs bénignes (D10-D36) et les tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue (D37-D48) représentent 6 des 719 décès par cancer enregistrés chez les hommes nord-côtiers et 2 des 507 décès par cancer enregistrés chez les femmes nord-côtières de 2005 à 2009.

Note : Afin de comparer les sexes, nous avons éliminé les codes CIM-10 O00-O99 (grossesse, accouchement et puerpéralité) chez les femmes.

### Constats

#### Hommes

- En 2005-2009, 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 % : désignés par l'appellation « Causes externes de morbidité et de mortalité » en CIM-10).
- Le cancer représente également la première cause de décès dans le reste de la population masculine du Québec, suivi par les maladies de l'appareil circulatoire (26 %). À la différence des Nord-Côtiers, les maladies de l'appareil respiratoire se classent au troisième rang (9 %) devant les traumatismes (8 %, données non présentées).

#### Femmes

- En 2005-2009, environ 36 % des décès chez les Nord-Côtières sont dus au cancer. Cette maladie s'avère la première cause de mortalité chez les femmes de la Côte-Nord, suivie des maladies de l'appareil circulatoire (23 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (11 %).
- De tous les décès survenus chez les autres Québécoises, environ 32 % sont dus au cancer, ce qui place aussi cette maladie au premier rang des causes de mortalité. Tout comme dans le cas des femmes nord-côtières, les maladies de l'appareil circulatoire se classent au second rang et les maladies de l'appareil respiratoire au troisième (respectivement 27 % et 9 % des décès, données non présentées).

## DÉCÈS

**Tableau 5 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup>, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009**

Ensemble des cancers <sup>2</sup>	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
<b>Hommes</b>										
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>
<b>Femmes</b>										
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<
<b>Sexes réunis</b>										
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 %.

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

3. Nombre annuel moyen de décès par cancer.

### Constats

- Depuis 1990-1994, les hommes nord-côtiers présentent des taux ajustés de mortalité par cancer significativement supérieurs au reste de la population masculine québécoise. Toutefois, peu importe la période, l'ensemble de la population nord-côtière est davantage affectée par la mortalité due au cancer que le reste de la population québécoise.
- Sur l'ensemble de la période considérée, les hommes de la Côte-Nord et ceux du reste du Québec enregistrent des taux de mortalité plus élevés que les femmes.
- Les données ne révèlent pas de variations significatives de la mortalité d'une période à l'autre, et ce, même si, en nombres absolus, les décès par cancer augmentent d'une période à l'autre.

## DÉCÈS

**Tableau 6 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009**

Territoire de RLS	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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 (+)
Caniapiscau										
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										

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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

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).

### Constats

- Quelques RLS se démarquent par des taux ajustés de mortalité par cancer significativement plus élevés que le reste du Québec. C'est vrai, entre autres, de celui de la Haute-Côte-Nord et du RLS de Sept-Îles à partir des années 1990-1994. En 1995-1999, le RLS de Sept-Îles affiche même un taux de mortalité supérieur au reste de la population nord-côtière.
- Le taux de mortalité par cancer dans le RLS de Manicouagan se compare toujours à celui du reste du Québec, exception faite des années 1990-1994. En 1995-1999, celui-ci connaît même un taux de mortalité significativement plus faible que l'ensemble des autres territoires de la région nord-côtière.
- Les RLS de la Minganie et de Port-Cartier ont une mortalité par cancer comparable au reste de la Côte-Nord et du Québec, sauf durant la période 2005-2009 où leur population respective enregistre un taux ajusté de décès significativement plus haut que le reste de la population québécoise.
- La seule variation significative s'observe en 1995-1999 où le taux ajusté de décès du RLS de Manicouagan représente une baisse comparativement au taux de 1990-1994.

## DÉCÈS

**Tableau 7 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009**

Territoire de RLS	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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 (+)> ↓
Caniapiscou										
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										

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 (tableau 8), 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 8.

↓ 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

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.

### Constats

- Quelques RLS se démarquent, à partir de 1995-1999, par des taux ajustés de mortalité par cancer chez les hommes significativement plus élevés que ceux du reste de la population masculine québécoise. Cette observation s'avère dans le cas des RLS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles et de la Minganie. Dans le cas du RLS de Manicouagan, c'est depuis 2000-2004 que les hommes meurent davantage du cancer, toutes proportions gardées, que les autres hommes du Québec.
- On observe quelques particularités en 1995-1999. La première réside dans le fait que les hommes du RLS de Sept-Îles ont aussi connu un taux ajusté de mortalité par cancer supérieur à celui du reste de la population masculine régionale. Durant les autres périodes quinquennales, les taux de mortalité des hommes de ce RLS se comparent, au plan statistique, à ceux des autres Nord-Côtiers. La deuxième particularité concerne le RLS de Manicouagan où les hommes affichent un taux de mortalité significativement moins élevé que les autres hommes nord-côtiers. Une autre spécificité est l'accroissement significatif du taux de mortalité du RLS de Sept-Îles en 1995-1999 en comparaison de celui de 1985-1989, tandis qu'on observe plutôt une baisse statistiquement significative dans le RLS de Manicouagan entre les deux périodes.
- La mortalité par cancer observée dans les RLS de Port-Cartier et de la Basse-Côte-Nord se compare à celle du reste de la population québécoise et même nord-côtière, et ce, quelle que soit la période considérée.
- On ne remarque pas de variations significatives d'une période à l'autre, si ce n'est dans le RLS de Sept-Îles en 2005-2009 par rapport à 2000-2004 où on dénote une diminution en termes statistiques, et ce, malgré que le nombre annuel moyen de décès est le même.
- Dans le RLS de Port-Cartier, on ne note pas d'écart significatifs de mortalité par cancer entre les hommes et les femmes, sauf en 1995-1999.

## DÉCÈS

**Tableau 8 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les femmes selon le RLS de résidence, 1985-1989 à 2005-2009**

Territoire de RLS	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>								
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<
Caniapiscou										
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										

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 (tableau 7), 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

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.

### Constats

- Ce tableau montre que, règle générale, peu importe le RLS, les femmes ont 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 de mortalité chez les femmes significativement plus haut que les autres femmes québécoises en 1990-1994. Durant cette même période, la population féminine du RLS de Manicouagan connaît aussi un taux de mortalité par cancer plus élevé que les autres Nord-Côtières.
- Quelques variations significatives sont détectées entre les périodes. Ainsi, dans le RLS de Manicouagan, les données indiquent une hausse significative du taux de mortalité en 1990-1994 par rapport au taux de 1985-1989. Par la suite, on observe un recul significatif en 1995-1999. Certains changements significatifs sont aussi détectés en Minganie, mais ils reposent toutefois sur des petits nombres.



---

**MORTALITÉ PAR CANCER DANS LES TERRITOIRES  
DE RLS : 1985 À 2009**

---

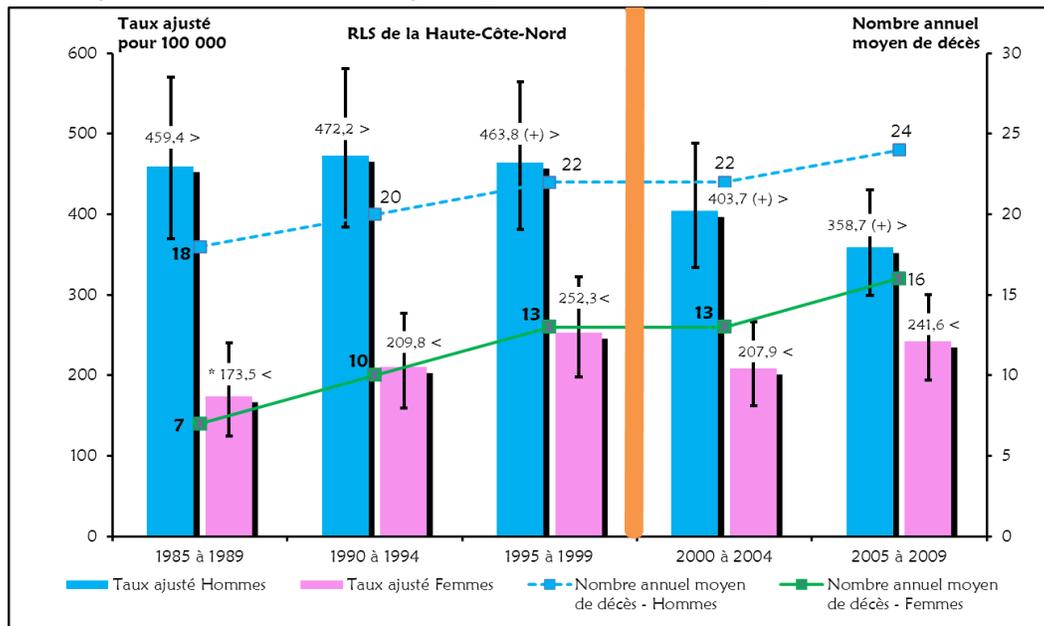
**Note**

**La situation des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach n'est pas présentée en raison des petits nombres et de l'imprécision des taux.**



## DÉCÈS PAR RLS

Figure 34 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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

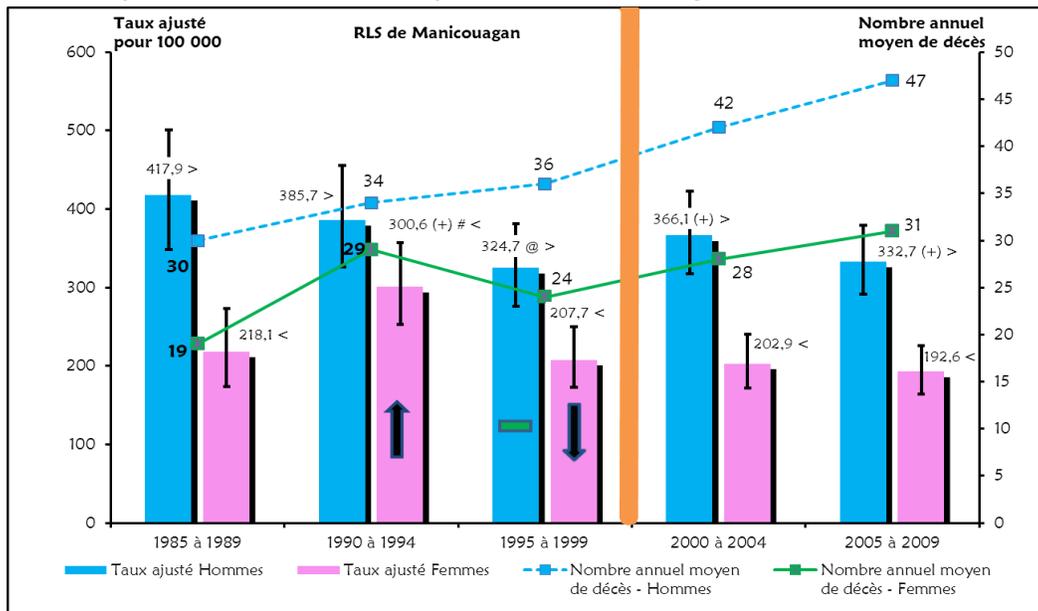
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire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

### Constats

- Ce graphique présente l'évolution du nombre de décès par tumeurs malignes ainsi que des taux ajustés de mortalité selon le sexe dans le RLS de la Haute-Côte-Nord au cours des cinq périodes quinquennales entre 1985 et 2009.
- En raison du passage, en 2000, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des causes de décès, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1985 à 1999 et 2000 à 2009).
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer a augmenté de 22 % chez les hommes (de 18 à 22) et de 86 % chez les femmes (de 7 à 13). Toutefois, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on s'aperçoit que les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié de manière significative (460 c. 464 décès pour 100 000 personnes chez les hommes). Quant aux femmes, on observe une tendance à la hausse du taux de décès par cancer, bien que la différence ne se révèle pas significative au plan statistique (\*174 c. 252 pour 100 000 personnes).
- De 2000-2004 à 2005-2009, les taux de mortalité suivent une tendance à la baisse chez les hommes (404 c. 359 pour 100 000), mais à la hausse chez les femmes (208 c. 242 pour 100 000). Rappelons que ces écarts ne sont pas significatifs.
- Pour chacune des périodes quinquennales, les hommes de la Haute-Côte-Nord sont davantage sujets que les femmes à mourir du cancer. À l'exception des années 1985-1989 et 1990-1994, la mortalité due au cancer chez les hommes de la Haute-Côte-Nord surpasse celle du reste de la population masculine québécoise.
- Pour leur part, les femmes de la Haute-Côte-Nord ne se démarquent jamais significativement des autres Québécoises au regard de la mortalité par cancer.

## DÉCÈS PAR RLS

Figure 35 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

# 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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↑ ou ↓ Test statistique indiquant que la valeur est significativement inférieure ou supérieure à celle de la période précédente.

■ Test statistique indiquant que la valeur de 1995-1999 est significativement inférieure à celle de 1985-1989, au seuil de 5 %.

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

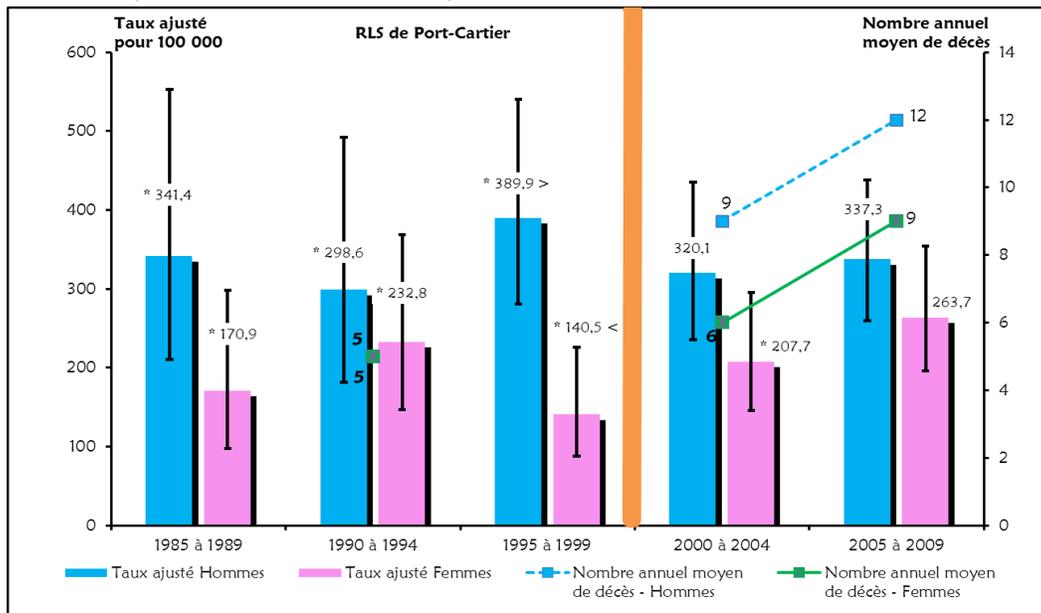
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire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

### Constats

- Le nombre annuel moyen de décès par cancer enregistré dans la population masculine du RLS de Manicouagan a connu une croissance de 20 % (de 30 à 36) entre 1985-1989 et 1995-1999. Entre 2000-2004 et 2005-2009, la hausse s'établit à 12 % environ. Chez les femmes, on observe une augmentation importante du nombre de décès en 1990-1994 comparativement à 1985-1989, mais une baisse dans la période subséquente. Dans les années 2000 à 2009, on assiste aussi à une augmentation du nombre de décès entre les deux périodes quinquennales, bien qu'elle soit moins marquée (environ 11 %). Les taux ajustés de décès de ces deux dernières périodes tendent à reculer entre 2000-2004 et 2005-2009, et ce, autant du côté des hommes que celui des femmes.
- En 1995-1999, le taux de décès par cancer enregistré chez les hommes du RLS de Manicouagan représente un retrait significatif en regard de celui de 1985-1989. Dans la population féminine, on note une variation significative à la hausse, puis à la baisse de 1985-1989 à 1995-1999.
- À chacune des périodes considérées, les hommes de ce territoire ont un taux ajusté de mortalité par cancer significativement plus élevé que les femmes. Depuis 2000-2004, ils affichent également des taux de décès dépassant ceux du reste de la population masculine québécoise. Fait à noter, en 1995-1999, les hommes du RLS de Manicouagan ont même enregistré un taux de décès plus faible que ceux du reste de la Côte-Nord.
- Pour leur part, les femmes connaissent une mortalité par cancer comparable à celle des autres Québécoises, à l'exception des années 1990-1994 où leur taux de décès dépasse significativement, non seulement celui du reste de la population féminine du Québec, mais aussi le taux des autres Nord-Côtières.

## DÉCÈS PAR RLS

Figure 36 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1985-1989 à 2005-2009



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.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

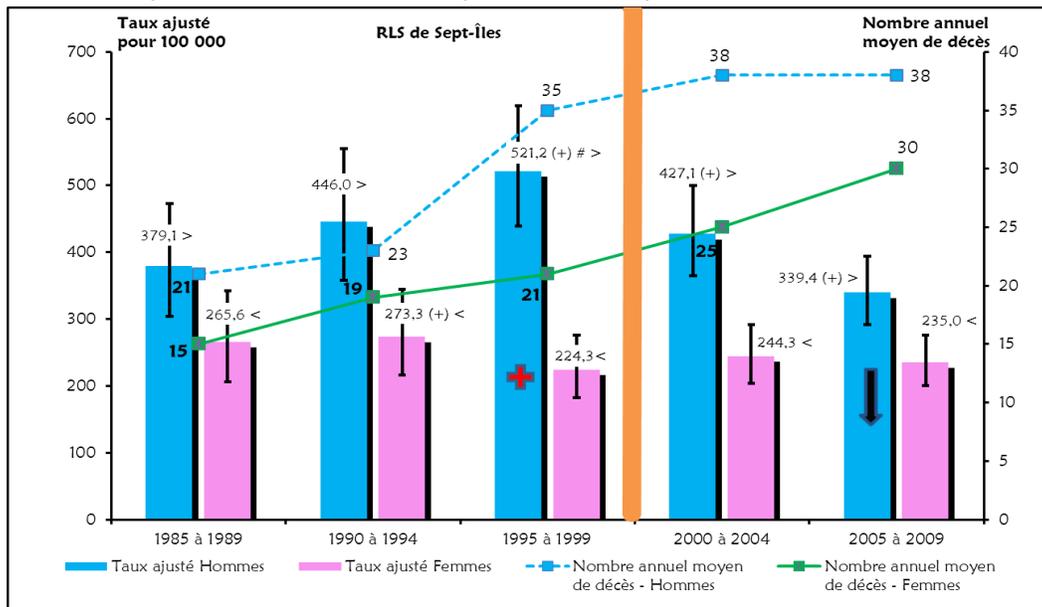
Note : Nous avons masqué le nombre de décès selon le sexe en 1985-1989 et en 1995-1999 pour préserver la confidentialité (n < 5 chez les femmes).

### Constats

- Dans les deux blocs de périodes quinquennales analysées, les données statistiques du RLS de Port-Cartier ne montrent pas de variations significatives des taux ajustés de décès par cancer, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.
- Ni les femmes, ni les hommes ne se différencient significativement des mêmes groupes du reste du Québec, quelle que soit la période considérée. En outre, la mortalité des femmes du RLS de Port-Cartier se compare à celle des hommes, sauf en 1995-1999, où elle se révèle plus basse.

## DÉCÈS PAR RLS

Figure 37 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

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

↓ ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur est significativement inférieure à celle de la période précédente.

+ Test statistique indiquant que la valeur de 1995-1999 est significativement supérieure à celle de 1985-1989, au seuil de 5 %.

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

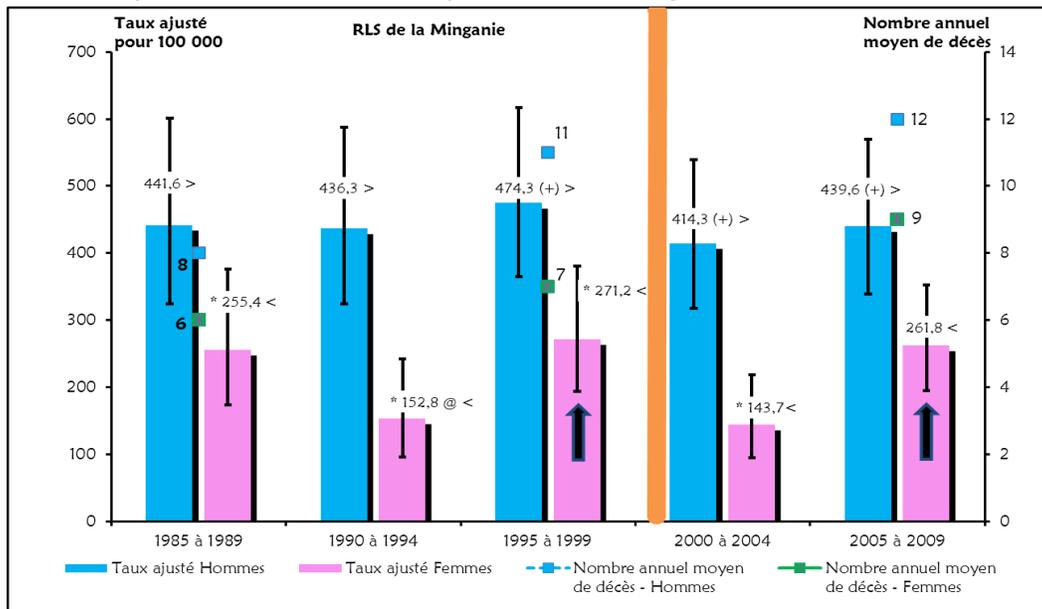
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1985 à 1999 et CIM-10 = C00-C43, C45-C97 pour les années 2000 à 2009). L'adoption de la CIM-10 en 2000 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire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

### Constats

- Le nombre annuel moyen de décès par cancer enregistré dans la population masculine du RLS de Sept-Îles a subi une hausse d'environ 67 % (de 21 à 35) entre 1985-1989 et 1995-1999 et s'est stabilisé autour de 38 durant les années 2000-2004 et 2005-2009.
- On n'observe pas de variations significatives des taux ajustés de décès féminins. En revanche, chez les hommes, on assiste à une hausse significative de la mortalité en 1995-1999 comparativement à 1985-1989 (521 c. 379 pour 100 000 personnes). En 2005-2009, bien que le nombre annuel moyen de décès soit demeuré le même que celui des années 2000-2004, le taux ajusté de mortalité a quand même fléchi de manière significative (340 c. 427 pour 100 000).
- Les hommes du RLS de Sept-Îles ont un taux de décès par cancer significativement plus élevé que les femmes. Ils ont aussi des taux plus hauts que le reste de la population masculine québécoise, sauf en 1985-1989 et 1990-1994. Fait à souligner, en 1995-1999, la mortalité par cancer des hommes du RLS de Sept-Îles surpasse aussi significativement celle des autres hommes de la Côte-Nord.
- Exception faite des années 1990-1994, la mortalité par cancer des résidentes du RLS de Sept-Îles s'avère statistiquement comparable à celle des autres Québécoises.

## DÉCÈS PAR RLS

Figure 38 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

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

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, 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 la valeur est significativement supérieure à celle de la période précédente.

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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

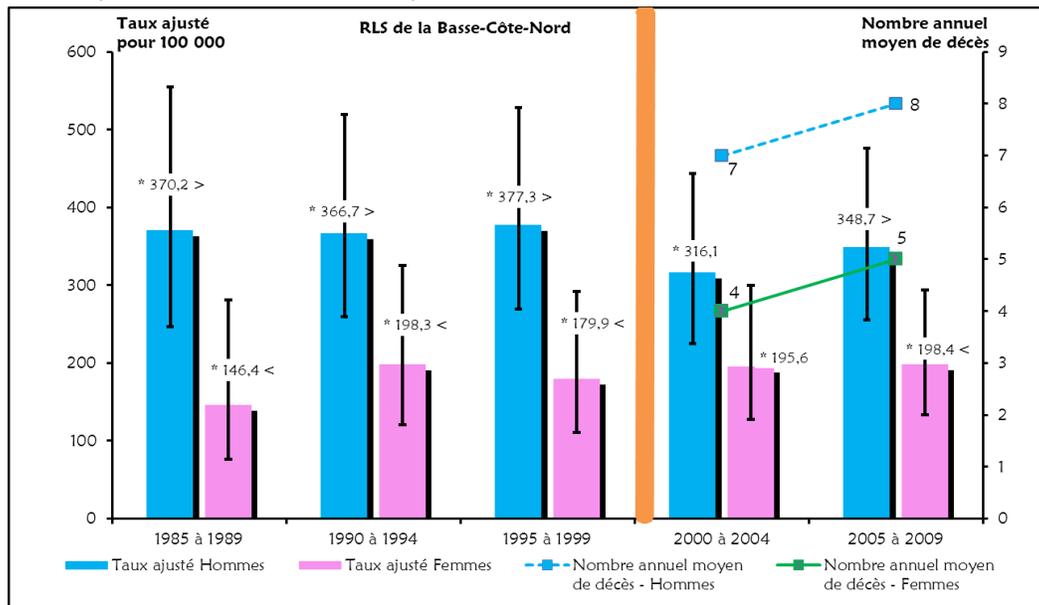
Note : Nous avons masqué le nombre de décès selon le sexe en 1990-1994 et en 2000-2004 pour préserver la confidentialité (n < 5 chez les femmes).

### Constats

- Chez les hommes du RLS de la Minganie, on ne remarque pas de variations significatives des taux ajustés de mortalité par cancer d'une période à l'autre, même si on dénote une tendance à la hausse en 1995-1999 en regard du taux de 1985-1989 (474 c. 442 pour 100 000). La mortalité par cancer au sein de la population masculine tend encore à augmenter entre 2000-2004 et 2005-2009 (414 c. 440 pour 100 000).
- Depuis 1995-1999, les hommes du RLS de la Minganie meurent davantage du cancer que les autres hommes du Québec.
- La mortalité par cancer des femmes de la Minganie se compare statistiquement à la mortalité observée chez les autres Québécoises.
- Par ailleurs, des changements significatifs des taux de mortalité peuvent être observés dans la population féminine de la Minganie. Ainsi, le taux de décès enregistré en 1995-1999 traduit une hausse comparativement à celui de 1990-1994. Un phénomène similaire émerge en 2005-2009 comparativement à 2000-2004.

## DÉCÈS PAR RLS

**Figure 39 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour tous les cancers<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1985-1989 à 2005-2009**



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.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Nous avons masqué le nombre de décès selon le sexe jusqu'en 2000-2004 afin de préserver la confidentialité (n < 5 chez les femmes).

### Constats

- De 1985-1989 à 1995-1999, on remarque une certaine stabilité de la mortalité par cancer chez les hommes de la Basse-Côte-Nord, et ce, autant au point de vue du nombre annuel moyen de décès que des taux ajustés de décès.
- Chez les femmes, la mortalité par cancer ne varie pas non plus d'une période à l'autre. Toutefois, elles ont des taux ajustés de décès plus faibles que les hommes, sauf en 2000-2004. Malgré l'absence d'un écart statistique entre les sexes durant cette dernière période, la tendance demeure quand même conforme à ce qu'on observe dans les autres périodes quinquennales.
- Que ce soit chez les hommes ou les femmes, les taux ajustés de mortalité par cancer enregistrés dans la population du RLS de la Basse-Côte-Nord se comparent au plan statistique à ceux du reste du Québec.

---

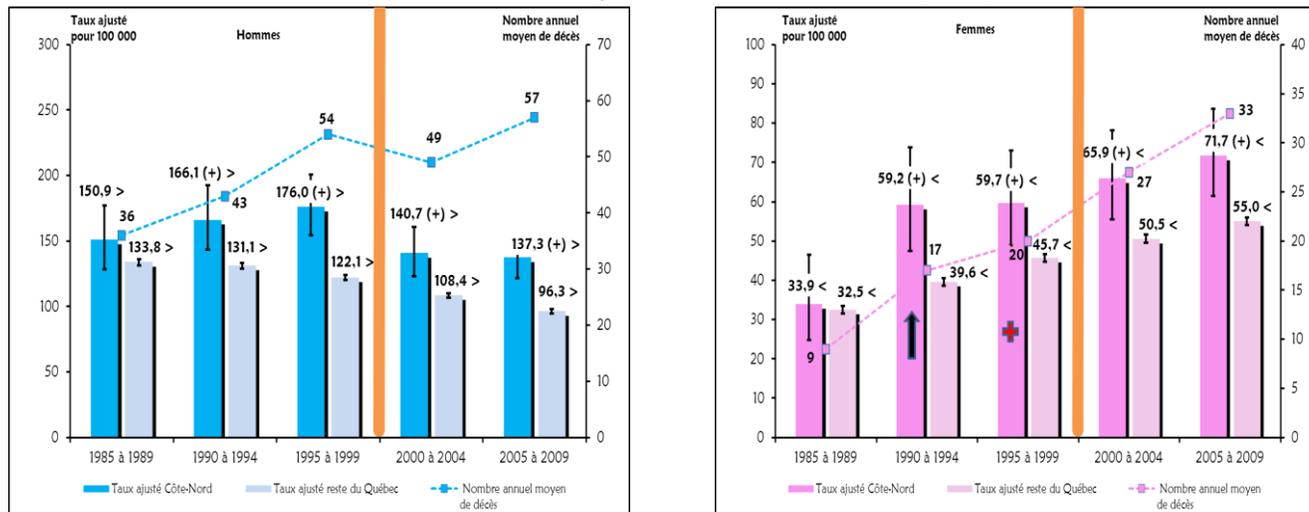
**MORTALITÉ PAR CANCER SELON CERTAINS SIÈGES :  
1985 À 2009**

---



## DÉCÈS - SIÈGES

Figures 40 et 41 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour le cancer du poumon<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009



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 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

↑ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement supérieure à celle de la période précédente.

⊕ Test statistique indiquant que la valeur régionale est significativement supérieure à celle du début de la période.

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

2. (CIM-9 = 162 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C33-C34 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

#### Hommes

- La figure 40 présente les taux ajustés de mortalité par cancer du poumon chez les hommes nord-côtiers et ceux du reste du Québec entre 1985 et 2009. Le nombre annuel moyen de décès des Nord-Côtiers est également représenté. Les informations ont été regroupées par période quinquennale.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon chez les hommes nord-côtiers est passé de 36 à 54, soit une augmentation de 50 %. Toutefois, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on constate que les taux ajustés de mortalité n'ont pas varié de manière significative, bien que l'on note une certaine tendance à la hausse (151 c. 176 décès pour 100 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 16 % durant la même période (données non présentées); cependant, leur taux ajusté de mortalité a reculé significativement (de 134 à 122 décès pour 100 000).
- Le nombre de décès a aussi augmenté entre 2000-2004 et 2005-2009, et ce, autant chez les Nord-Côtiers (16 %) que dans le reste de la population masculine québécoise (3 %, données non présentées). Malgré ces hausses du nombre de décès, on observe une légère tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité chez les hommes de la Côte-Nord (de 141 à 137 décès pour 100 000). Dans le reste de la population masculine du Québec, le recul du taux de mortalité s'avère significatif au plan statistique (de 108 à 96 décès pour 100 000).
- Sauf en 1985-1989, les hommes de la Côte-Nord enregistrent des taux ajustés de mortalité par cancer du poumon significativement

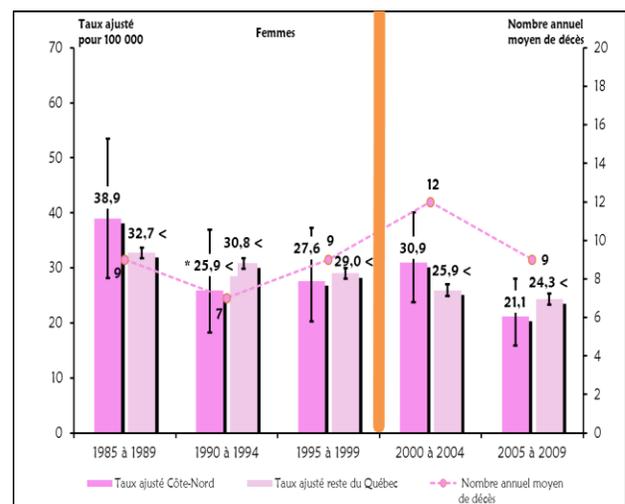
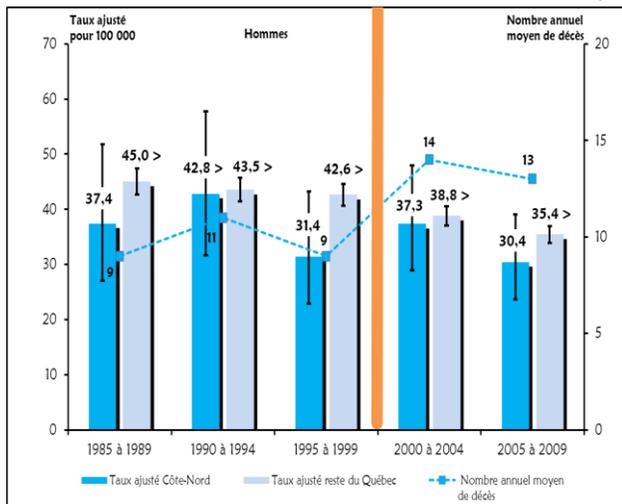
plus élevés que ceux du reste de la population masculine québécoise.

#### Femmes

- Chez les femmes nord-côtières, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon a connu une hausse d'environ 122 % entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 9 à 20). Pendant la même période, elle s'établit à environ 80 % dans le reste de la population féminine québécoise (données non présentées). Les taux ajustés de mortalité ont aussi augmenté de manière significative dans les deux populations.
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon a continué de croître, et ce, autant chez les femmes de la Côte-Nord (22 %) que chez les autres Québécoises (21 %, données non présentées). On note une tendance à la hausse du taux ajusté de mortalité des Nord-Côtiers (66 c. 72 décès pour 100 000). Chez les autres femmes du Québec, malgré le mince écart dans les taux, l'augmentation s'avère significative (51 c. 55 décès pour 100 000).
- Exception faite des années 1985-1989, les Nord-Côtières connaissent un taux de mortalité par cancer du poumon significativement supérieur à celui des autres Québécoises.
- Sur la Côte-Nord, comme dans le reste du Québec, les femmes affichent une mortalité par cancer du poumon plus faible que celle des hommes pour toutes les périodes quinquennales retenues.

## DÉCÈS - SIÈGES

Figures 42 et 43 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour le cancer colorectal<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009



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.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

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

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

2. (CIM-9 = 153-154; 159.0 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C18-C21; C26.0 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

#### Hommes

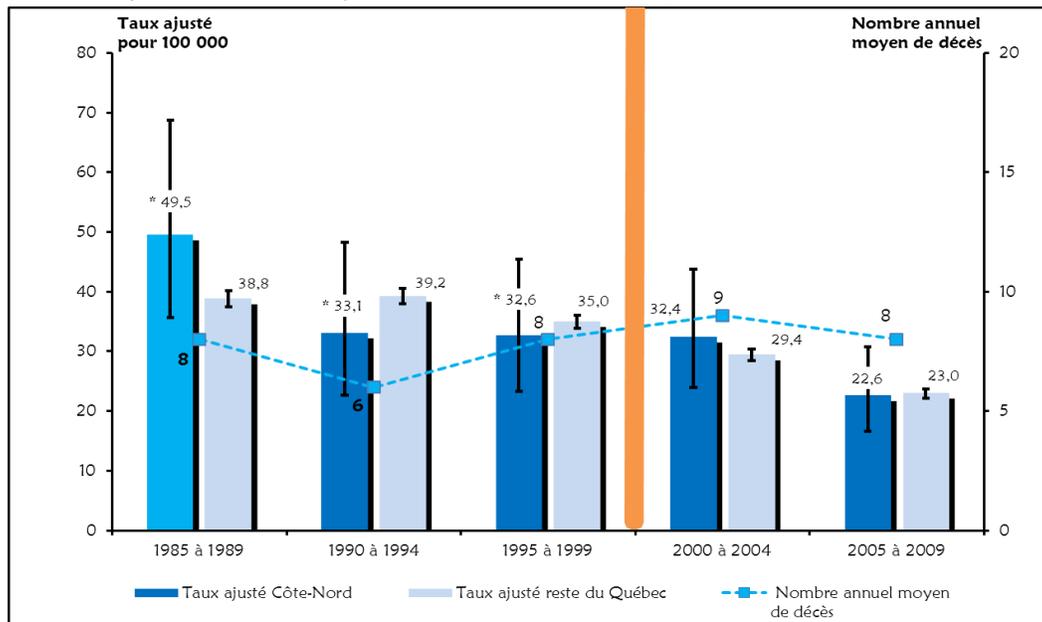
- La figure 42 illustre le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal des hommes nord-côtiers ainsi que les taux ajustés de mortalité des Nord-Côtiers et ceux des hommes du reste du Québec entre 1985 et 2009.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal chez les hommes nord-côtiers demeure très stable, autour de 9. 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 (37 c. 31 décès pour 100 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 23 % durant la même période (données non présentées). Toutefois, leur taux ajusté de mortalité a connu une légère diminution (de 45 à 43 décès pour 100 000).
- Le nombre de décès chez les hommes nord-côtiers est demeuré relativement stable en 2005-2009 comparativement à 2000-2004 alors qu'il s'est accru de 7 % environ dans le reste de la population masculine québécoise (données non présentées). Nonobstant la relative stabilité du nombre de décès par cancer colorectal chez les hommes de la Côte-Nord, on remarque une tendance à la baisse de leur taux ajusté de mortalité (37 c. 30 décès pour 100 000). Le reste de la population masculine du Québec voit son taux ajusté de mortalité décroître significativement (39 c. 35 décès pour 100 000), malgré la croissance du nombre de décès.
- Les hommes de la Côte-Nord ont une mortalité par cancer colorectal comparable à celle du reste de la population masculine québécoise au plan statistique.

#### Femmes

- À l'instar des hommes, le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal est demeuré stable chez les femmes de la Côte-Nord entre 1985-1989 et 1995-1999 (autour d'une dizaine). Pendant la même période, ce nombre a connu une croissance de 16 % environ chez les autres Québécoises (données non présentées). Toutefois, si le nombre annuel moyen de Nord-Côtières décédées du cancer colorectal est resté plutôt stable durant cette période, leur taux ajusté de mortalité tend à s'infléchir au cours de ces années (39 c. 28 décès pour 100 000). Chez les autres femmes du Québec, même si le nombre de décès augmente, le taux ajusté de mortalité a connu un recul significatif (33 c. 29 décès pour 100 000 personnes).
- De 2000-2004 à 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal des femmes de la Côte-Nord a reculé d'environ 25 % (de 12 à 9), mais a augmenté de 5 % chez les autres Québécoises (données non présentées). On note une tendance à la baisse du taux ajusté de mortalité des Nord-Côtières (31 c. 21 décès pour 100 000). Chez les autres femmes du Québec, malgré le très faible écart des taux, le fléchissement observé s'avère significatif (26 c. 24 décès pour 100 000).
- Les Nord-Côtières ont une mortalité par cancer colorectal similaire, au plan statistique, à celle de l'ensemble des femmes des autres régions du Québec.
- Les Nord-Côtières connaissent aussi une mortalité similaire à celle des hommes de la région, sauf en 1990-1994 où leur taux ajusté de décès s'avérait inférieur. Dans le reste du Québec, les femmes affichent une mortalité par cancer colorectal moins élevée que celle des hommes, et ce, durant toutes les périodes quinquennales retenues.

## DÉCÈS - SIÈGES

Figure 44 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour le cancer de la prostate<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009



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.

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

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

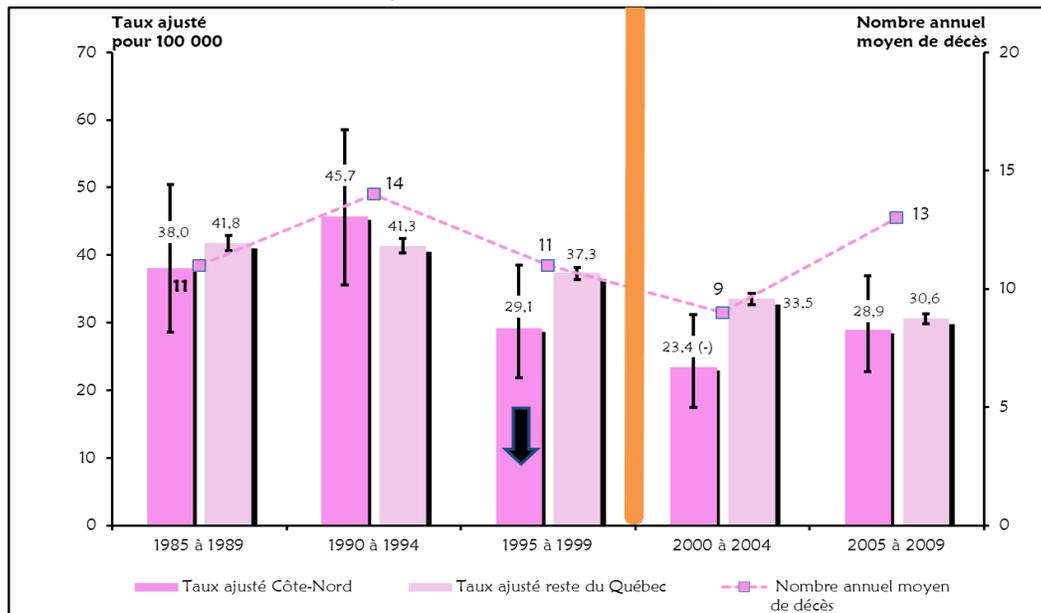
2. (CIM-9 = 185 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C61 à partir de 2000). L'adoption de la CIM-10 pour coder les causes de décès entraîne une brisure dans l'analyse temporelle. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

- La figure 44 illustre le nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate chez les Nord-Côtiers, leur taux ajusté de mortalité et celui des autres Québécois entre 1985 et 2009.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate demeure très stable sur la Côte-Nord, autour de 8 à 9. 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). Chez les autres Québécois, le nombre annuel moyen de décès s'est accru d'environ 18 % durant la même période (données non présentées); 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 hommes 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 (données non présentées). Nonobstant la relative stabilité du nombre de décès par cancer de la prostate chez les hommes de la Côte-Nord, on note une tendance à la baisse de leur 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).
- Les hommes de la Côte-Nord présentent une mortalité par cancer de la prostate comparable, au plan statistique, à celle des autres Québécois.

## DÉCÈS - SIÈGES

Figure 45 - Évolution du taux de décès normalisé selon l'âge<sup>1</sup> pour le cancer du sein<sup>2</sup> et du nombre annuel moyen de décès chez les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009



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 faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur est significativement inférieure à celle de la période précédente.

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

2. (CIM-9 = 174 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C50 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

### Constats

- La figure 45 montre le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein des femmes nord-côtières. Leur taux ajusté de mortalité et celui des autres Québécoises entre 1985 et 2009 sont aussi représentés.
- De 1985-1989 à 1995-1999, le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein s'avère relativement stable sur la Côte-Nord. Par contre, les taux ajustés de mortalité montrent une légère tendance à la baisse, bien que la variation ne soit pas statistiquement significative (38 c. 29 décès pour 100 000 personnes). En contrepartie, le taux de 1995-1999 représente un recul significatif comparativement à celui de 1990-1994 (29 c. 46 pour 100 000). Chez les autres Québécoises, le nombre annuel moyen de décès a augmenté d'environ 14 % durant la même période (données non présentées); cependant, leur taux ajusté de mortalité a diminué légèrement (de 42 à 37 décès pour 100 000).
- Le nombre de décès enregistré chez les femmes nord-côtières entre 2005-2009 représente une hausse de 44 % par rapport à 2000-2005 (de 9 à 13) alors qu'il est demeuré assez stable (augmentation de 1 %) environ dans le reste de la population féminine québécoise (données non présentées). 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).
- Les Nord-Côtières présentent une mortalité comparable, au plan statistique, à celle des autres Québécoises, bien qu'on observe généralement une tendance voulant que les femmes de la région décèdent moins du cancer du sein, et ce, pour la plupart des périodes quinquennales. Toutefois, le taux ajusté de mortalité des femmes de la région en 2000-2004 se révèle significativement plus faible que celui des autres femmes du Québec (23 c. 34 pour 100 000 femmes).

---

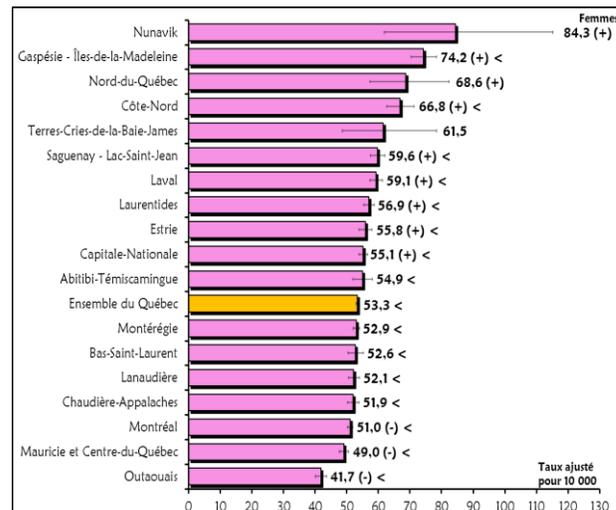
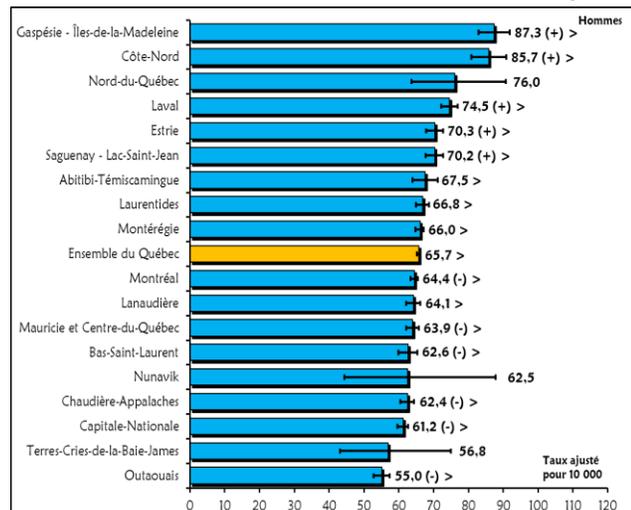
**HOSPITALISATIONS EN RAISON DU CANCER :  
1989-1990 À 2011-2012**

---



## HOSPITALISATIONS

Figures 46 et 47 - Taux d'hospitalisation<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes selon la région de résidence, 2007-2008 à 2011-2012<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 1 %. La valeur du reste du Québec varie d'une région à l'autre.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.
2. CIM-10 : C00-C97.
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

#### Hommes

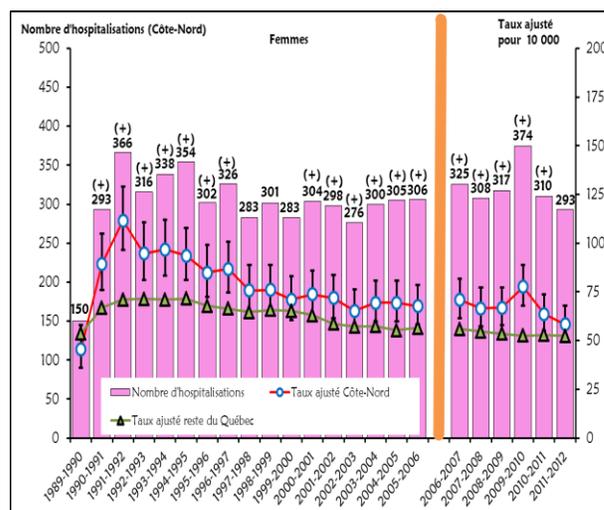
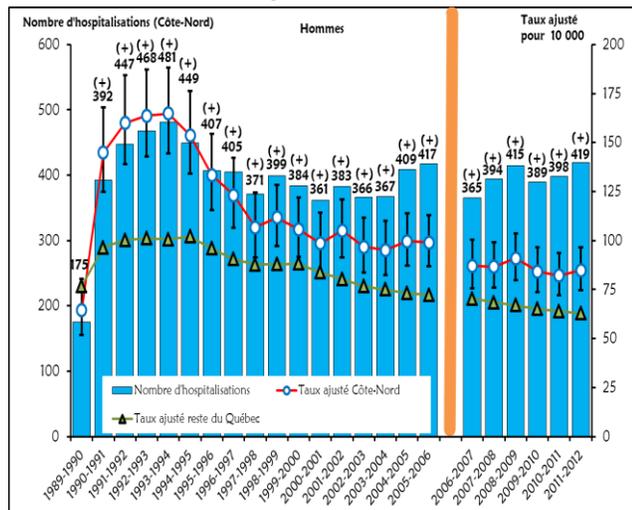
- Pour l'ensemble de la période d'avril 2007 à mars 2012, on enregistre une moyenne annuelle de 403 hospitalisations en soins physiques de courte durée en raison du cancer chez les hommes nord-côtiers (données non présentées), ce qui correspond à un taux ajusté d'hospitalisation de 86 pour 10 000 personnes. Ce taux surpasse significativement celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux chez les hommes se situe à 66 hospitalisations par 10 000 personnes.
- Bien que la figure semble indiquer que la Côte-Nord occupe le second rang au Québec au regard des hospitalisations pour cette cause, on ne peut tirer cette conclusion. Des tests statistiques démontrent en effet que la région nord-côtière ne se démarque pas significativement de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Nord-du-Québec et du Nunavik. Visuellement, on peut le voir par la comparaison des intervalles de confiance qui se chevauchent de façon importante. Cependant, la région nord-côtière se situe parmi les régions du Québec qui connaissent les plus hauts taux d'hospitalisation en raison du cancer chez les hommes.
- Il est important de se rappeler que le nombre d'hospitalisations ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes différentes puisqu'on peut être hospitalisé plus d'une fois pour une même cause.

#### Femmes

- Pour l'ensemble de la période d'avril 2007 à mars 2012, on enregistre une moyenne annuelle de 320 hospitalisations en soins physiques de courte durée en raison du cancer chez les femmes nord-côtières (données non présentées), ce qui correspond à un taux ajusté d'hospitalisation de 67 pour 10 000 personnes. Ce taux surpasse significativement celui du reste du Québec. Dans l'ensemble du Québec, le taux chez les femmes se situe à 53 hospitalisations par 10 000 personnes.
- La Côte-Nord figure parmi les régions du Québec où le taux d'hospitalisation est le plus élevé. La région nord-côtière ne se démarque toutefois pas significativement du Nunavik, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

## HOSPITALISATIONS

Figures 48 et 49 - Nombre d'hospitalisations et taux d'hospitalisation<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, Côte-Nord et reste du Québec, 1989-1990 à 2011-2012<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1989-1990 à 2005-2006) et (CIM-10 : C00-C97 pour les années 2006-2007 et suivantes). L'adoption de la CIM-10 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

#### Hommes

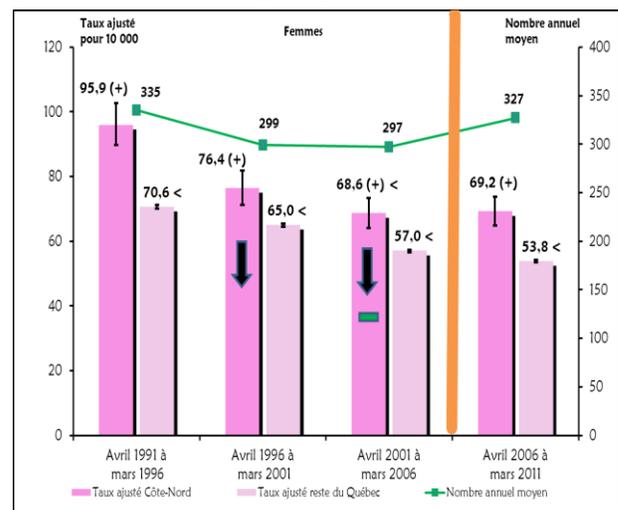
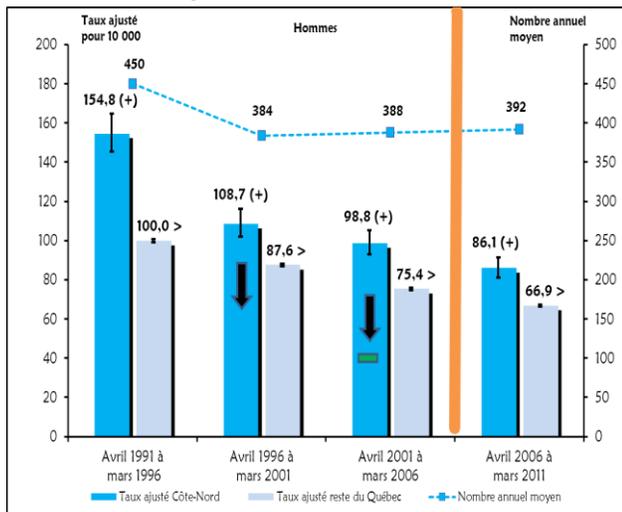
- La figure 48 illustre l'évolution, chez les hommes nord-côtiers, du nombre d'hospitalisations en raison du cancer dans les unités de soins physiques de courte durée ainsi que les fluctuations des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes enregistrés dans la région et dans le reste de la population masculine du Québec.
- De 1990-1991 à 2005-2006, le nombre d'hospitalisations pour tumeurs malignes a augmenté d'environ 6 % chez les hommes de la Côte-Nord (de 392 à 417). Cette hausse est d'environ 15 % pour la période 2006-2007 à 2011-2012 (de 365 à 419). En raison du changement de classification en 2006 pour codifier les diagnostics (CIM-9 à la CIM-10), il faut être prudent lorsqu'on compare des années qui n'utilisent pas les mêmes codifications. De préférence, il vaut mieux éviter de le faire.
- Les taux ajustés permettent de contrôler l'effet induit par la modification des structures d'âge de la population dans le temps. Ceux de la Côte-Nord sont illustrés par la courbe rouge (axe de droite). Malgré l'augmentation du nombre d'hospitalisations entre 1990-1991 et 2005-2006, on observe un fléchissement significatif du taux ajusté (145 c. 99 hospitalisations pour 10 000 personnes). De 2006-2007 à 2011-2012, on peut noter que les taux nord-côtiers suivent une certaine tendance à la baisse (87 c. 85 hospitalisations pour 10 000), mais non significative, en dépit de l'accroissement des hospitalisations. Dans le reste de la population masculine québécoise, la diminution du taux (courbe verte, axe de droite) s'avère significative (70 c. 63 hospitalisations pour 10 000 personnes).
- À l'exception de l'année 1989-1990, les taux d'hospitalisation observés chez les hommes de la Côte-Nord sont toujours supérieurs à ceux des autres Québécois.
- Les hommes de la Côte-Nord connaissent également des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes plus élevés, statistiquement, que ceux des femmes, sauf en 2009-2010 (situation non illustrée dans la figure).

#### Femmes

- La figure 49 représente l'évolution, chez les femmes nord-côtiers, du nombre d'hospitalisations en raison du cancer dans les unités de soins physiques de courte durée ainsi que les fluctuations des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes enregistrés dans la région et dans le reste de la population féminine du Québec.
- De 1990-1991 à 2005-2006, le nombre d'hospitalisations pour tumeurs malignes a augmenté d'environ 4 % chez les femmes nord-côtiers (de 293 à 306). Pour la période 2006-2007 à 2011-2012, on observe, au contraire, une baisse d'environ 10 % (de 325 à 293).
- Les taux ajustés de la Côte-Nord sont illustrés par la courbe rouge (axe de droite). Malgré la hausse du nombre d'hospitalisations entre 1990-1991 et 2005-2006, on note un recul significatif du taux ajusté (89 c. 68 hospitalisations pour 10 000 personnes). De 2006-2007 à 2011-2012, on peut voir que les taux ajustés d'hospitalisation des femmes de la région épousent une certaine tendance à la baisse (71 c. 58 hospitalisations pour 10 000), mais non significative. Chez les autres femmes de la province, la diminution du taux se veut significative (56 c. 52 hospitalisations pour 10 000 personnes).
- À l'exception de quelques années, les taux d'hospitalisation enregistrés chez les Nord-Côtiers sont supérieurs à ceux des autres Québécoises.
- Les femmes de la Côte-Nord connaissent également des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes moins élevés, statistiquement, que ceux des hommes, sauf en 2009-2010 (situation non illustrée dans la figure).

## HOSPITALISATIONS

Figures 50 et 51 - Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1 et 2</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et reste du Québec, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur est significativement inférieure à celle de la période précédente.

█ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge de la population du Québec, sexes réunis, de 2006.
2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

#### Hommes

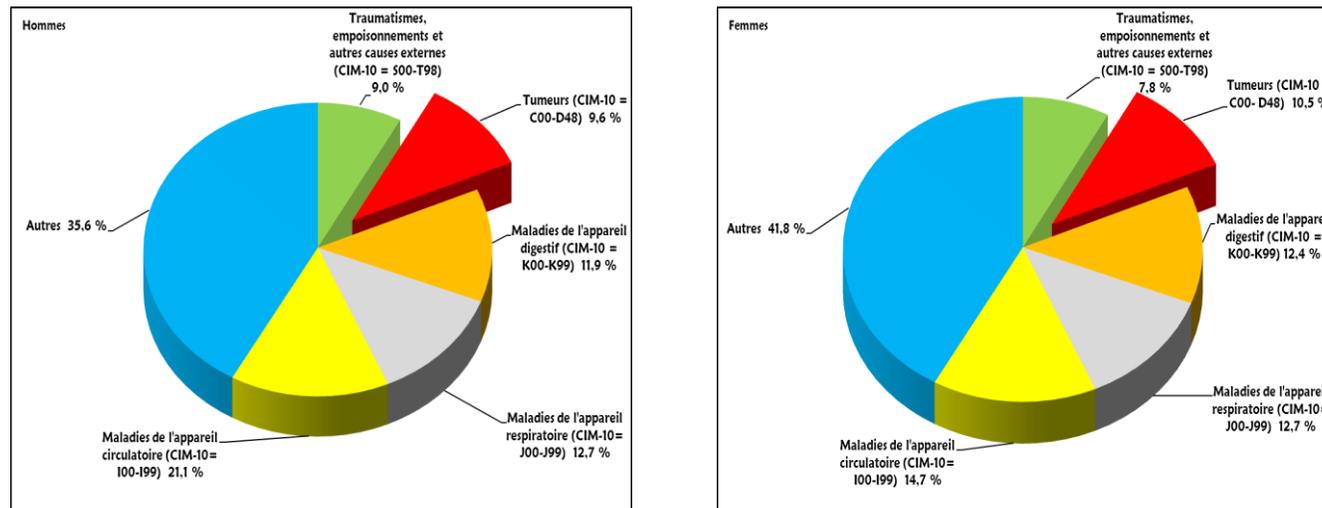
- La figure 50 présente le nombre d'hospitalisations pour tumeurs malignes chez les hommes de la Côte-Nord ainsi que les taux ajustés d'hospitalisation chez les hommes nord-côtiers et ceux du reste du Québec au cours des quatre périodes quinquennales entre avril 1991 et mars 2011.
- En raison du passage, en 2006, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des diagnostics, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1991-1996 à 2001-2006 et 2006-2007 à 2010-2011).
- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes chez les hommes nord-côtiers est passé de 450 à 388, ce qui représente une diminution de 14 %. Lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on s'aperçoit que le taux ajusté d'hospitalisation a fléchi de manière significative (155 c. 99 pour 10 000 personnes). Chez les autres hommes québécois, le nombre annuel moyen d'hospitalisations a reculé d'environ 6 % durant la même période (données tirées du tableau 9); leur taux a également fléchi significativement (de 100 à 75 hospitalisations pour 10 000).
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes se chiffre à 392 chez les hommes de la région nord-côtère, soit un taux ajusté de 86 pour 10 000. Ces données ne sont pas comparables, rappelons-le, à celles d'avant 2006-2007.
- Peu importe la période quinquennale étudiée, la population masculine nord-côtère enregistre des taux ajustés d'hospitalisation significativement plus élevés que l'ensemble des autres hommes du Québec.
- Que ce soit sur la Côte-Nord ou dans le reste de la population québécoise, les taux ajustés d'hospitalisation observés chez les hommes dépassent toujours ceux des femmes, et ce, de manière significative (situation nord-côtère non illustrée dans la figure).

#### Femmes

- Chez les femmes nord-côtères, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes a connu une baisse d'environ 11 % entre 1991-1996 et 2001-2006 (de 335 à 297). Pendant la même période, cette diminution s'établit à 3 % environ dans le reste de la population féminine québécoise (données non présentées).
- Toujours entre avril 1991 et mars 2006, les taux ajustés d'hospitalisation ont reculé significativement chez les Nord-Côtiers et les autres Québécoises. Sur le Côte-Nord, le taux est passé de 96 à 69 hospitalisations pour 10 000. Dans le reste de la population féminine du Québec, il a diminué de 71 à 57 hospitalisations pour 10 000 personnes.
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes s'établit à 327 chez les femmes de la Côte-Nord. Ce nombre représente un taux ajusté de 69 hospitalisations pour 10 000. En raison du passage à la CIM-10 pour la codification des diagnostics, ces données ne sont pas comparables à celles des périodes antérieures.
- D'après les taux ajustés, les Nord-Côtiers sont davantage hospitalisées pour des tumeurs malignes que les autres femmes québécoises.
- Sur la Côte-Nord, comme dans le reste du Québec, les femmes affichent des taux d'hospitalisation significativement inférieurs à ceux des hommes (situation nord-côtère non illustrée dans la figure).

## HOSPITALISATIONS

Figures 52 et 53 - Répartition des hospitalisations<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée selon la cause chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 2007-2008 à 2011-2012



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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.

1. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

Note : Afin de comparer les sexes, nous avons éliminé les codes CIM-10 O00-O99 (grossesse, accouchement et puerpéralité) chez les femmes.

### Constats

#### Hommes

- De 2007-2008 à 2011-2012, le cancer (incluant les tumeurs bénignes) représente la quatrième cause d'hospitalisation (environ 10 %) chez les hommes nord-côtiers. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause d'hospitalisation (21 %). Au deuxième rang, on retrouve les maladies de l'appareil respiratoire (13 %). Les maladies de l'appareil digestif (12 %) suivent au troisième rang.
- Le cancer constitue aussi la quatrième cause d'hospitalisation dans le reste de la population masculine du Québec (10 %). Les maladies de l'appareil circulatoire occupent le premier rang (20 %). Les maladies de l'appareil respiratoire se classent au troisième rang (12 %), suivies de très près par les maladies de l'appareil digestif (11 %, données non présentées).

#### Femmes

- Si on ne tient pas compte des hospitalisations liées à la grossesse, à l'accouchement et puerpéralité, les données indiquent que le cancer (incluant les tumeurs bénignes) se situe au quatrième rang des diagnostics liés aux hospitalisations des femmes nord-côtiers durant les années 2007-2008 à 2011-2012 (environ 11 %). Le premier motif d'hospitalisation se rapporte aux maladies de l'appareil circulatoire (15 %). Au second rang, suivent les maladies de l'appareil respiratoire (13 %), tandis que celles de l'appareil digestif se classent en troisième place (12 %).
- Le cancer se situe au troisième rang des causes d'hospitalisation des autres femmes du Québec au cours de cette période (un peu moins de 12 % des admissions). Les maladies de l'appareil circulatoire occupent le premier rang (14 %). Pour leur part, les maladies de l'appareil digestif se classent au second rang (12 %). Les maladies de l'appareil respiratoire se classent en quatrième position (11 %, données non présentées).

## HOSPITALISATIONS

**Tableau 9 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup>, Côte-Nord et reste du Québec, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011**

Ensemble des cancers <sup>2</sup>	Avril 1991-Mars 1996		Avril 1996-Mars 2001		Avril 2001-Mars 2006		Avril 2006-Mars 2011	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>						
<b>Hommes</b>								
Côte-Nord	450	154,8 (+) >	384	108,7 (+) > ↓	388	98,8 (+) > ↓	392	86,1 (+) >
Reste du Québec	24 855	100,0 >	24 014	87,6 >	23 419	75,4 >	24 098	66,9 >
<b>Femmes</b>								
Côte-Nord	335	95,9 (+) <	299	76,4 (+) < ↓	297	68,6 (+) < ↓	327	69,2 (+) <
Reste du Québec	22 520	70,6 <	22 597	65,0 <	21 822	57,0 <	22 689	53,8 <
<b>Sexes réunis</b>								
Côte-Nord	786	122,3 (+)	683	91,2 (+) ↓	685	82,0 (+) ↓	719	76,6 (+)
Reste du Québec	47 375	81,9	46 611	73,6	45 241	64,2	46 786	59,1

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieur à celui de la période d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006).

3. Nombre annuel moyen d'hospitalisations. L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : En raison de l'arrondissement des données, le total, sexes réunis, peut ne pas égaler la somme des hospitalisations chez les hommes et les femmes.

### Constats

- À toutes les périodes quinquennales, les hommes nord-côtiers présentent des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes significativement supérieurs à celui du reste de la population masculine québécoise. Ils sont aussi davantage hospitalisés en raison de cette maladie que les femmes de la région. Cette dernière observation s'avère valide également pour les autres hommes du Québec. À leur tour, les femmes nord-côtières connaissent des taux d'hospitalisation plus élevés que les autres Québécoises.
- Que ce soit chez les hommes ou les femmes de la Côte-Nord, les taux d'hospitalisation pour tumeurs malignes enregistrés dans la période d'avril 2001 à mars 2006 ont baissé significativement comparativement à ceux de la période s'étendant d'avril 1991 à mars 1996.
- L'analyse des données pour l'ensemble de la population démontre que la Côte-Nord affiche des taux d'hospitalisation toujours plus élevés que le reste du Québec.
- À partir d'avril 1996, les taux fléchissent significativement en regard de la période précédente. Toutefois, vu le changement de classification dans la codification des diagnostics en 2006, il est inapproprié de comparer la période d'avril 2006-mars 2011 aux précédentes.

## HOSPITALISATIONS

**Tableau 10 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011**

Territoire de RLS	Avril 1991-Mars 1996		Avril 1996-Mars 2001		Avril 2001-Mars 2006		Avril 2006-Mars 2011	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>						
Haute-Côte-Nord	113	113,7 (+)	99	89,2 (+) ↓	109	87,1 (+) ■	113	81,9 (+)
Manicouagan	246	110,2 (+) @	220	83,2 (+) @ ↓	235	80,9 (+) ■	259	79,0 (+)
Port-Cartier	71	149,9 (+) #	42	70,2 @ ↓	43	60,5 @ ■	44	54,3 @
Sept-Îles	220	141,0 (+) #	215	109,9 (+) # ↓	188	81,6 (+) ↓ ■	193	74,6 (+)
Caniapiscau								
Minganie	76	164,8 (+) #	57	104,6 (+) ↓	65	111,9 (+) # ■	59	93,8 (+) #
Basse-Côte-Nord	39	100,3 (+) @	34	82,4	30	68,6 ■	37	73,1 (+)
Kawawachikamach								

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que le taux du RLS en avril 2001-mars 2006 est significativement inférieur à celui de la période d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006).

3. Nombre annuel moyen d'hospitalisations. L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les données ont été arrondies, le nombre de cas de cancer peut ne pas évaluer la somme des hospitalisations chez les hommes et les femmes (tableaux 11 et 12). 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).

### Constats

- La plupart des RLS se démarquent par des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes significativement plus élevés que le reste du Québec, et ce, pratiquement à toutes les périodes quinquennales.
- Dans la plupart des RLS, les taux de la période d'avril 1996 à mars 2001 représentent un fléchissement significatif par rapport à ceux de la période précédente (avril 1991-mars 1996).
- De la même façon, les taux ajustés de la période d'avril 2001 à mars 2006 constituent une baisse significative comparativement à la période d'avril 1991 à mars 1996.
- Fait à noter, les résidents du RLS de Sept-Îles enregistrent des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes significativement supérieurs aux autres Nord-Côtiers durant les périodes avril 1991-mars 1996 et avril 1996-mars 2001. Or, pendant ce temps, les résidents du RLS de Manicouagan affichent des taux d'hospitalisation inférieurs au reste de la population nord-côtère.

## HOSPITALISATIONS

**Tableau 11 - Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> chez les hommes selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011**

Territoire de RLS	Avril 1991-Mars 1996		Avril 1996-Mars 2001		Avril 2001-Mars 2006		Avril 2006-Mars 2011	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>						
Haute-Côte-Nord	75	164,9 (+) >	55	102,7 > ↓	60	97,9 (+) ■	58	84,5 (+)
Manicouagan	142	137,7 (+) @ >	113	91,1 @ ↓	132	97,2 (+) > ■	142	92,0 (+) >
Port-Cartier	39	203,0 (+) # >	25	76,4 @ ↓	25	68,7 @ ■	27	60,7 @
Sept-Îles	118	179,8 (+) # >	130	151,9 (+) # >	103	96,2 (+) > ↓ ■	101	82,2 (+) >
Caniapiscau								
Minganie	40	196,9 (+) @ >	34	130,9 (+) > ↓	41	152,3 (+) # >	32	114,3 (+) # >
Basse-Côte-Nord	25	131,1 (+) >	20	99,2	20	92,4 >	23	93,8 (+) >
Kawawachikamach								

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

> Valeur significativement supérieure à celle des femmes (tableau 12), au seuil de 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que le taux du RLS est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que le taux du RLS en avril 2001-mars 2006 est significativement inférieur à celui de la période d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006).

3. Nombre annuel moyen d'hospitalisations. L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

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).

### Constats

- Plusieurs RLS se démarquent par des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes chez les hommes significativement plus élevés que le reste de la population masculine du Québec, et ce, pratiquement à toutes les périodes quinquennales.
- Les taux de la période d'avril 1996 à mars 2001 représentent un fléchissement significatif par rapport à ceux de la période précédente (avril 1991-mars 1996) dans les RLS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Port-Cartier et de la Minganie.
- De la même façon, les taux ajustés de la période d'avril 2001 à mars 2006 constituent une baisse significative comparativement à la période d'avril 1991 à mars 1996 dans les trois RLS mentionnés ci-dessus ainsi que dans celui de Sept-Îles.
- Fait à noter, les hommes du RLS de Sept-Îles enregistrent des taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes significativement supérieurs à ceux du reste de la Côte-Nord durant les périodes avril 1991-mars 1996 et avril 1996-mars 2001. Or, pendant ce temps, les résidents du RLS de Manicouagan affichent des taux d'hospitalisation inférieurs au reste de la population masculine nord-côtière.
- La plupart du temps, les hommes enregistrent des taux ajustés d'hospitalisation significativement plus élevés que les femmes de la région.

## HOSPITALISATIONS

**Tableau 12 – Taux ajusté<sup>1</sup> (pour 10 000) d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> chez les femmes selon le RLS de résidence, Avril 1991-mars 1996 à avril 2006-mars 2011**

Territoire de RLS	Avril 1991-Mars 1996		Avril 1996-Mars 2001		Avril 2001-Mars 2006		Avril 2006-Mars 2011	
	n <sup>3</sup>	Taux ajusté <sup>1</sup>						
Haute-Côte-Nord	38	73,3 @<	45	77,4<	49	78,2 (+)	55	80,8 (+) #
Manicouagan	104	87,8 (+) <	107	77,3 (+)	103	67,8 (+) <	117	70,0 (+) <
Port-Cartier	32	113,3 (+) <	17	62,0 ↓	17	51,0	17	45,9 @
Sept-Îles	102	116,8 (+) # <	85	80,5 (+) < ↓	86	70,5 (+) <	92	69,3 (+) <
Caniapiscou								
Minganie	36	141,7 (+) # <	23	82,6< ↓	24	79,3 (+) <	26	82,9 (+) <
Basse-Côte-Nord	14	70,5<	14	66,3	11	47,4<	14	53,8<
Kawawachikamach								

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

< Valeur significativement inférieure à celle des hommes (tableau 11), au seuil de 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que le taux du RLS est significativement inférieur à celui de la période précédente, au seuil de 1 %.

Test statistique indiquant que le taux du RLS en avril 2001-mars 2006 est significativement inférieur à celui de la période d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006).

3. Nombre annuel moyen d'hospitalisations. L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

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).

### Constats

- Dans plusieurs RLS, les taux ajustés d'hospitalisation pour tumeurs malignes chez les femmes dépassent significativement ceux du reste de la population féminine du Québec, et ce, pratiquement à toutes les périodes quinquennales.
- Les taux de la période d'avril 1996 à mars 2001 représentent un fléchissement significatif par rapport à ceux de la période précédente (avril 1991-mars 1996) dans les RLS de Port-Cartier, de Sept-Îles et de la Minganie.
- Les taux ajustés de la période d'avril 2001 à mars 2006 constituent une baisse significative comparativement à la période d'avril 1991 à mars 1996 dans les trois RLS mentionnés ci-dessus ainsi que dans celui de Manicouagan.
- Les femmes enregistrent généralement des taux ajustés d'hospitalisation significativement plus bas que les hommes de la région nord-côtière.

---

**HOSPITALISATIONS EN RAISON DU CANCER DANS  
LES TERRITOIRES DE RLS : AVRIL 1991 À MARS 2011**

---

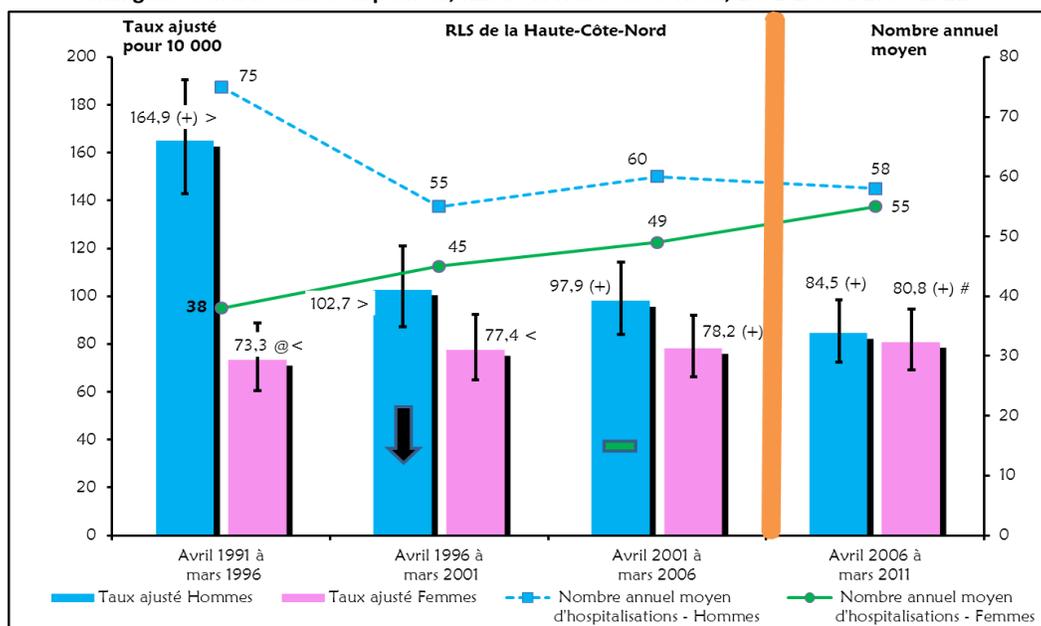
**Note**

**La situation des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach n'est pas présentée  
en raison des petits nombres et de l'imprécision des taux.**



## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 54 - Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

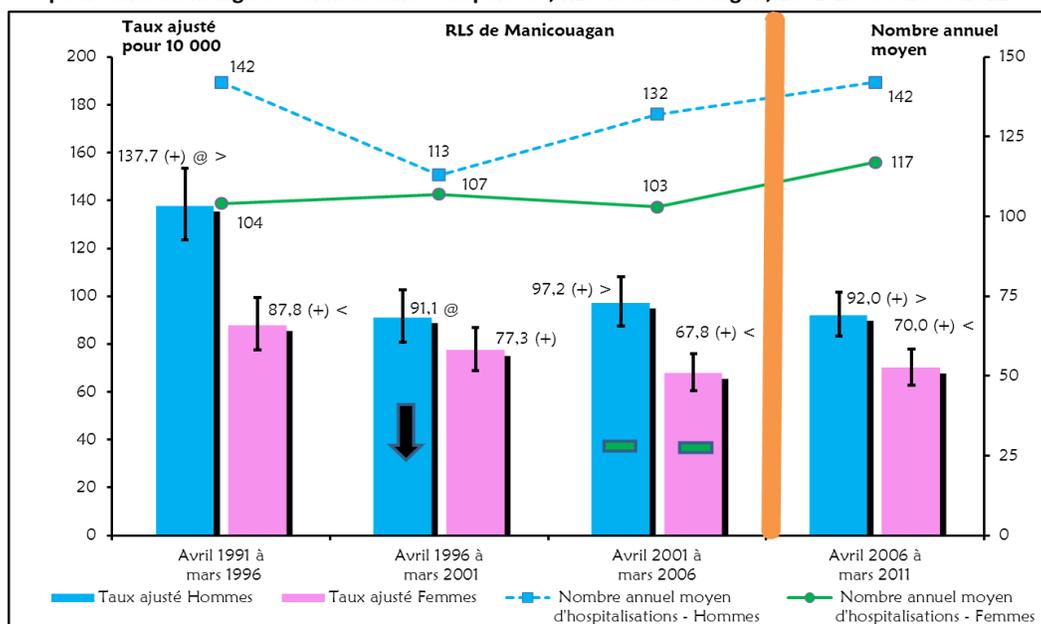
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- La figure 54 présente l'évolution du nombre d'hospitalisations liées au cancer ainsi que des taux ajustés d'hospitalisation selon le sexe dans le RLS de la Haute-Côte-Nord au cours des quatre périodes quinquennales entre avril 1991 et mars 2011.
- En raison du passage, en 2006, de la CIM-9 à la CIM-10 dans la classification des diagnostics, nous avons divisé les périodes quinquennales en deux blocs (1991-1996 à 2001-2006 et 2006-2007 à 2010-2011).
- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes a diminué de 20 % chez les hommes (de 75 à 60), mais augmenté de 29 % chez les femmes (de 38 à 49). Toutefois, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on s'aperçoit que le taux ajusté d'hospitalisation a reculé de manière significative (de 165 à 98 pour 10 000 personnes) chez les hommes. Quant aux femmes, on observe une tendance à la hausse, bien que la différence ne se révèle pas significative au plan statistique (de 73 à 78 pour 10 000 personnes).
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues au cancer se chiffre à 58 chez les hommes de la Haute-Côte-Nord, soit un taux ajusté de 85 pour 10 000. Chez les femmes de ce territoire, on enregistre 55 hospitalisations par année durant cette période, pour un taux ajusté de 81 pour 10 000.
- Au cours des deux dernières périodes, aucun écart significatif n'est détecté dans les taux d'hospitalisation des hommes et des femmes de la Haute-Côte-Nord.
- À l'exception de la période 1996-2001, les taux d'hospitalisation des hommes de la Haute-Côte-Nord surpassent ceux du reste de la population masculine québécoise. Quant à elles, les femmes de ce territoire affichent un taux d'hospitalisation supérieur à celui des autres Québécoises à partir de la période 2001-2006 et significativement plus élevé que celui des autres Nord-Côtières en 2006-2011.

## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 55 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de Manicouagan, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

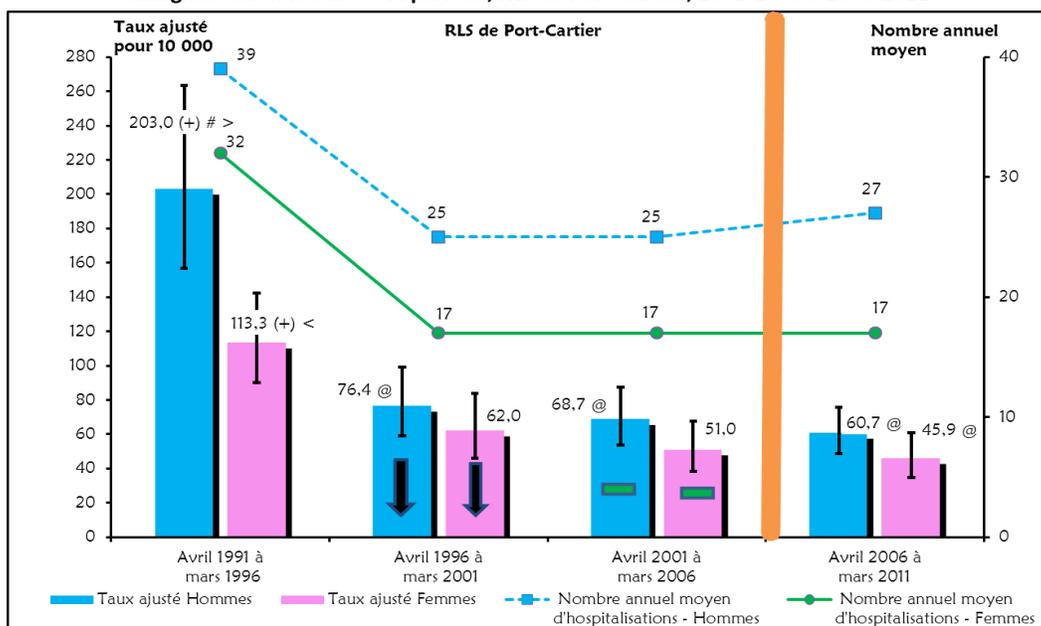
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- Le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer enregistré dans la population masculine du RLS de Manicouagan a connu une baisse d'environ 7 % (de 142 à 132) entre 1991-1996 et 2001-2006. Pendant ce temps, du côté des femmes, ce nombre est resté stable.
- Entre ces deux périodes, le taux ajusté d'hospitalisation a diminué significativement, et ce, tant chez les hommes (de 138 à 97 pour 10 000) que chez les femmes (de 88 à 68 pour 10 000).
- Hormis la période 1996-2001, les hommes de Manicouagan présentent un taux ajusté d'hospitalisation pour cancer significativement plus élevé que les femmes et le reste de la population masculine québécoise. Fait à noter, en 1991-1996 et 1996-2001, les hommes de ce RLS ont même enregistré un taux d'hospitalisation plus faible que les autres hommes nord-côtiers.
- Les femmes du RLS de Manicouagan se démarquent des autres Québécoises par des taux d'hospitalisation plus élevés tout au cours de ces années.

## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 56 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de Port-Cartier, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

@ Taux ajusté significativement plus faible que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

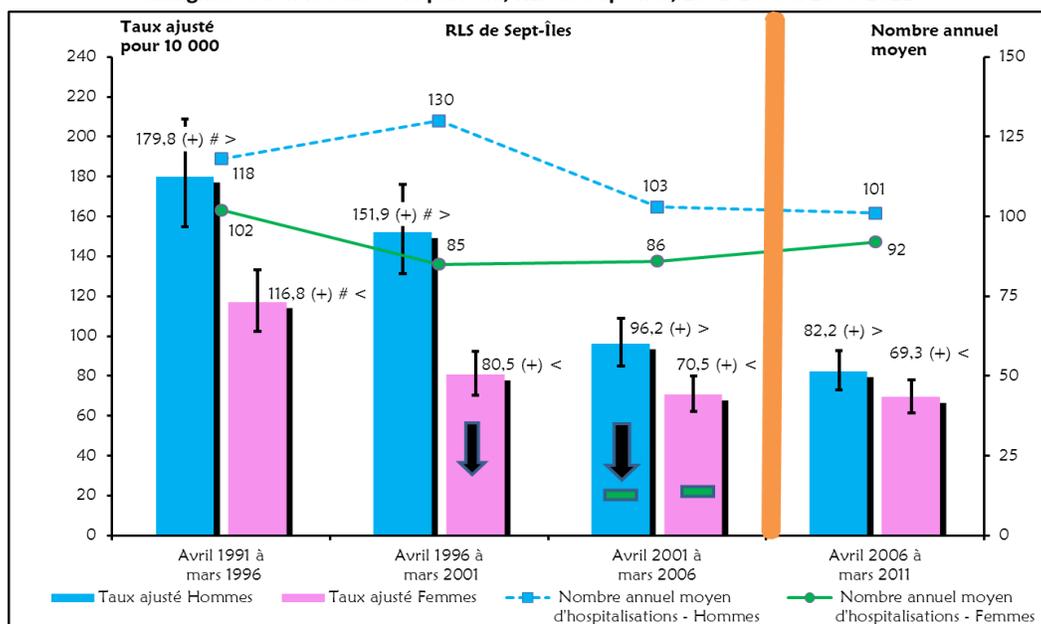
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- Le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer observé dans la population masculine du RLS de Port-Cartier est passé de 39, en 1991-1996, à 25 en 2001-2006, ce qui représente une baisse d'environ 36 %. Chez les femmes, la baisse est de l'ordre de 47 % (de 32 à 17).
- Entre ces deux périodes, le taux ajusté d'hospitalisation a diminué significativement, et ce, autant dans le cas des hommes (de 203 à 69 pour 10 000) que celui des femmes (de 113 à 51 pour 10 000).
- À l'exception de la période 1991-1996, les hommes et les femmes du RLS de Port-Cartier présentent des taux ajustés d'hospitalisation pour cancer statistiquement comparables. En outre, ni les hommes, ni les femmes ne se démarquent significativement du reste de la population québécoise de même sexe, sauf en 1991-1996. Fait à noter, en 1991-1996, les hommes de ce RLS ont enregistré un taux d'hospitalisation plus élevé que les autres hommes nord-côtiers alors qu'il est plus faible au cours des périodes subséquentes.
- Pour leur part, les femmes du RLS de Port-Cartier présentent un taux d'hospitalisation inférieur à celui des autres Nord-Côtiers en 2006-2011.

## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 57 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de Sept-Îles, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

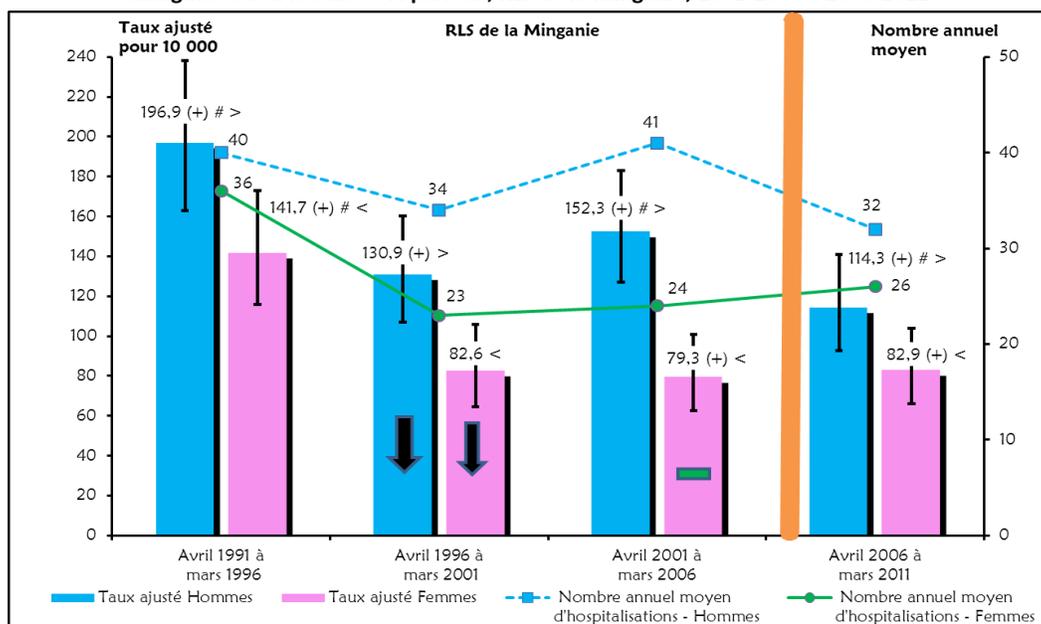
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- Entre 1991-1996 et 2001-2006, le RLS de Sept-Îles a été témoin d'une diminution de 13 % du nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer dans la population masculine (de 118 à 103) et de 16 % chez les femmes (de 102 à 86).
- Pendant ce temps, le taux ajusté d'hospitalisation a diminué de manière significative pour les deux sexes (de 180 à 96 pour 10 000 personnes chez les hommes; de 117 à 71 pour 10 000 chez les femmes).
- Quelle que soit la période étudiée, les hommes et les femmes du RLS de Sept-Îles affichent des taux d'hospitalisation significativement plus élevés que le reste de la population du Québec de même sexe. Les hommes de ce territoire sont davantage hospitalisés pour le cancer que ceux du reste de la Côte-Nord en 1991-1996 et 1996-2001. Les femmes du RLS de Sept-Îles sont aussi significativement plus hospitalisées en raison du cancer que les autres Nord-Côtiers en 1991-1996.
- Les hommes qui résident dans le RLS de Sept-Îles affichent systématiquement des taux d'hospitalisation plus élevés que les femmes.

## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 58 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de la Minganie, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

# Taux ajusté significativement plus élevé que celui du reste de la Côte-Nord, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

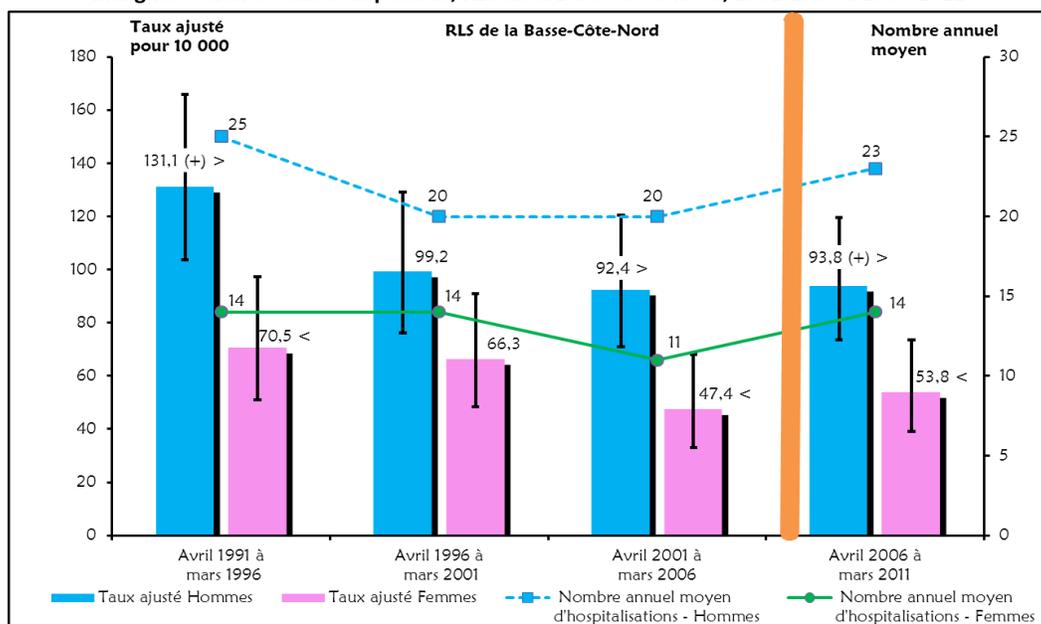
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- En 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations liées au cancer observé dans la population masculine du RLS de la Minganie est presque le même que celui de 1991-1996 (41 versus 40). Chez les femmes, on remarque plutôt un recul de 33 % (de 36 à 24).
- Entre ces deux périodes, le taux ajusté d'hospitalisation tend à diminuer chez les hommes (197 c. 152), mais chute de manière significative chez les femmes (142 c. 79 pour 10 000).
- Les hommes de la Minganie affichent des taux d'hospitalisation systématiquement plus élevés que les femmes de ce territoire et également plus hauts que le reste de la population masculine québécoise. En outre, hormis 1996-2001, les hommes de ce RLS ont enregistré des taux d'hospitalisation plus élevés que les autres hommes nord-côtiers.
- Pour leur part, les femmes de la Minganie présentent des taux d'hospitalisation pour cancer plus élevés que les autres Québécoises, excepté durant la période d'avril 1996 à mars 2001. En 1991-1996, le taux d'hospitalisation observé chez les femmes de ce territoire surpasse aussi significativement celui des autres Nord-Côtiers.

## HOSPITALISATIONS PAR RLS

Figure 59 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> et du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes<sup>2</sup> selon le sexe et la période, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 140-208 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C00-C97 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- Que ce soit chez les hommes ou les femmes, on n'observe pas de variations significatives d'une période à l'autre au regard des taux ajustés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez les résidents de la Basse-Côte-Nord.
- À l'exception de la période d'avril 1996 à mars 2001, les hommes affichent des taux d'hospitalisation significativement plus élevés que ceux des femmes.
- Les taux d'hospitalisation pour tumeurs malignes chez les femmes de la Basse-Côte-Nord sont comparables, au plan statistique, à ceux des autres Québécoises. Ils sont aussi comparables à ceux des autres Nord-Côtières.
- Durant deux périodes, soit 1991-1996 et 2006-2011, les hommes de la Basse-Côte-Nord présentent des taux d'hospitalisation statistiquement plus élevés que les autres hommes du Québec.

---

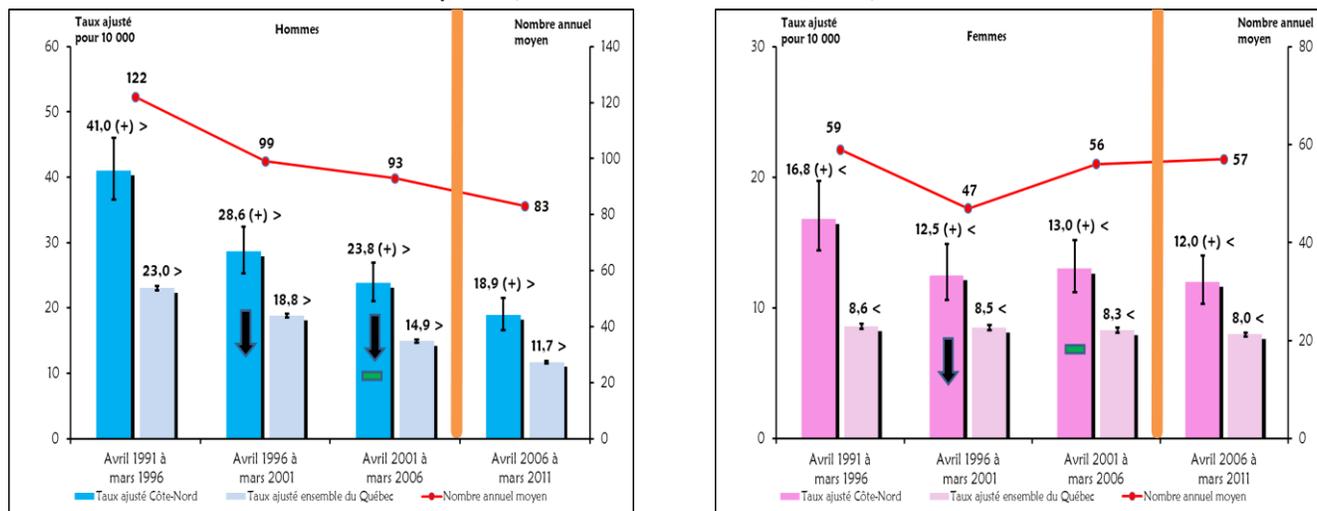
**HOSPITALISATIONS EN RAISON DU CANCER SELON  
CERTAINS SIÈGES : AVRIL 1991 À MARS 2011**

---



## HOSPITALISATIONS - SIÈGES

Figures 60 et 61 - Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée pour cancer du poumon<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 de l'ensemble du Québec, au seuil de 1 %.

< ou > Taux ajusté significativement plus faible ou plus élevé que celui de l'autre sexe, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

█ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtère d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 162 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C34 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

#### Hommes

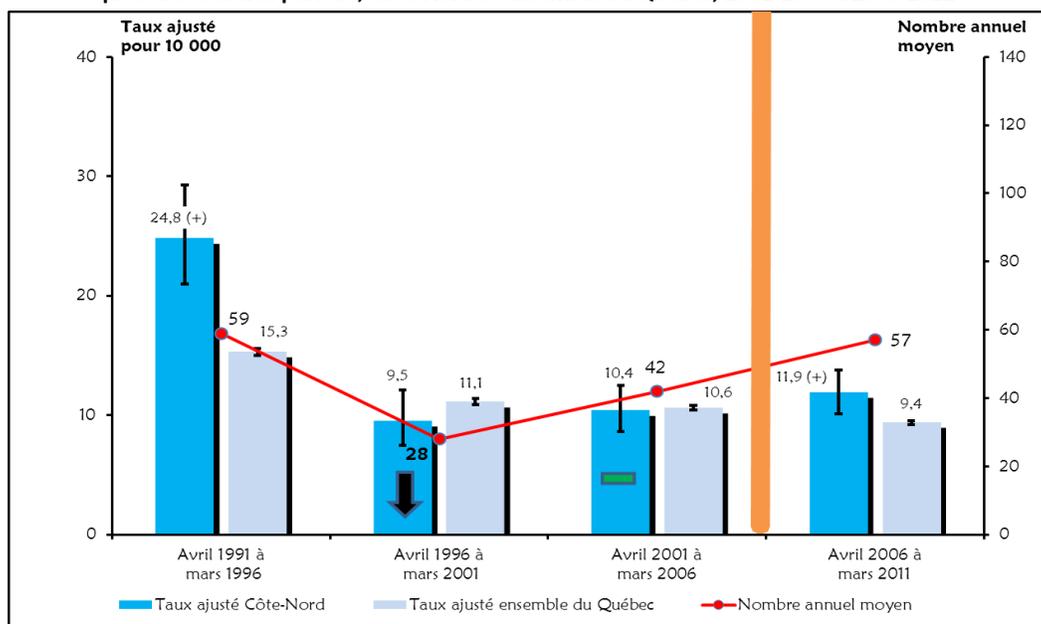
- La figure 60 présente le nombre d'hospitalisations pour cancer du poumon chez les hommes de la Côte-Nord ainsi que les taux ajustés d'hospitalisation chez les hommes nord-côtiers et ceux du Québec au cours des quatre périodes quinquennales entre avril 1991 et mars 2011.
- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer du poumon chez les hommes nord-côtiers est passé de 122 à 93, ce qui représente une diminution de 24 %. Lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on s'aperçoit que le taux ajusté d'hospitalisation a fléchi de manière significative (41 c. 24 pour 10 000 personnes). Chez l'ensemble des hommes québécois, le nombre annuel moyen d'hospitalisations a reculé d'environ 19 % durant la même période (données non présentées); leur taux a également fléchi significativement (de 23 à 15 hospitalisations pour 10 000).
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues au cancer du poumon se chiffre à 83 chez les hommes de la région nord-côtère, soit un taux ajusté de 19 pour 10 000. Ces données ne sont pas comparables, rappelons-le, à celles des années antérieures à 2006-2007.
- Peu importe la période quinquennale étudiée, la population masculine nord-côtère enregistre des taux ajustés d'hospitalisation pour cancer du poumon significativement plus élevés que les hommes du Québec.
- Que ce soit sur la Côte-Nord ou dans l'ensemble de la population québécoise, les taux ajustés d'hospitalisation observés chez les hommes dépassent toujours ceux des femmes, et ce, de manière significative.

#### Femmes

- La comparaison de la période 1991-1996 à 2001-2006 montre que le taux ajusté d'hospitalisation pour tumeur maligne du poumon a reculé significativement chez les Nord-Côtiers (17 c. 13 pour 10 000), et ce, même si le nombre annuel moyen d'hospitalisations est comparable. Dans la population féminine du Québec, il est passé de 9 à 8 hospitalisations pour 10 000 personnes. Cet écart très mince s'avère tout de même significatif au plan statistique.
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre d'hospitalisations en raison du cancer du poumon se chiffre à 57 par année chez les Nord-Côtiers, soit un taux ajusté de 12 hospitalisations pour 10 000.
- D'après les taux ajustés, le cancer du poumon amène davantage d'hospitalisations chez les Nord-Côtiers que chez l'ensemble des Québécoises durant toute la période étudiée.
- Sur la Côte-Nord comme au Québec, les femmes affichent des taux d'hospitalisation pour cancer du poumon significativement inférieurs à ceux des hommes.

## HOSPITALISATIONS - SIÈGES

Figure 62 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée pour cancer de la prostate<sup>2</sup> selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 de l'ensemble du Québec, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 185 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C61 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

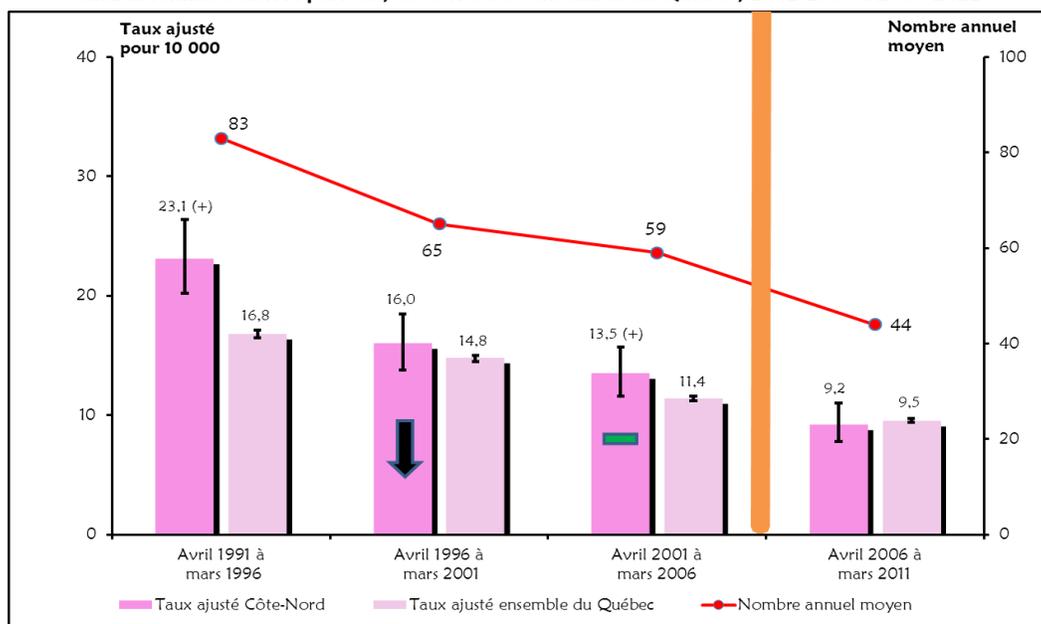
3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer de la prostate chez les hommes nord-côtière est passé de 59 à 42, soit une diminution d'environ 29 %. Lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, on voit que le taux ajusté d'hospitalisation a descendu de manière significative (25 c. 10 hospitalisations pour 10 000 personnes). Chez l'ensemble des hommes du Québec, le nombre annuel moyen d'hospitalisations a reculé d'environ 8 % durant la même période (données non présentées); leur taux a également reculé significativement (de 15 à 11 hospitalisations pour 10 000).
- D'avril 1996 à mars 2001, cette moyenne annuelle a chuté d'environ 53 % comparativement à la période précédente. On remarque que le taux ajusté d'hospitalisation a connu une baisse significative (9 c. 25 pour 10 000).
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues au cancer de la prostate se chiffre à 57 chez les hommes de la région nord-côtière, pour un taux ajusté de 12 pour 10 000. Ces données ne sont pas directement comparables, rappelons-le, à celles des années antérieures à 2006-2007.
- Lors des périodes 1991-1996 et 2006-2011, la population masculine nord-côtière enregistre des taux ajustés d'hospitalisation pour cancer de la prostate significativement plus élevés que ceux du Québec. Les taux s'avèrent comparables au cours des deux autres périodes.

## HOSPITALISATIONS - SIÈGES

Figure 63 – Évolution du taux d'hospitalisation<sup>1</sup> en soins physiques de courte durée pour cancer du sein<sup>2</sup> chez la femme selon la période, Côte-Nord et ensemble du Québec, 1991-1996 à 2006-2011<sup>3</sup>



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (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 de l'ensemble du Québec, au seuil de 1 %.

↓ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière est significativement inférieure à celle de la période précédente, au seuil de 1 %.

■ Test statistique indiquant que la valeur nord-côtière d'avril 2001-mars 2006 est significativement inférieure à celle d'avril 1991-mars 1996, au seuil de 1 %.

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

2. (CIM-9 : 174 pour les années 1991-1996 à 2001-2006) et (CIM-10 : C50 à partir d'avril 2006). L'adoption de la CIM-10 en 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle des causes d'hospitalisation. Il faut donc faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare des périodes utilisant des classifications différentes. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

3. Les hospitalisations sont comptabilisées selon l'année financière (1<sup>er</sup> avril au 31 mars).

### Constats

- De 1991-1996 à 2001-2006, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer du sein chez les femmes nord-côtières est passé de 83 à 59, ce qui représente une baisse d'environ 29 %. Le taux ajusté d'hospitalisation a fléchi significativement (23 c. 14 hospitalisations pour 10 000 personnes). Dans l'ensemble du Québec, le nombre moyen d'hospitalisations a reculé d'environ 18 % durant la même période (données non présentées). Le taux d'hospitalisation pour cancer du sein observé chez les femmes québécoises a également diminué significativement (de 17 à 11 hospitalisations pour 10 000).
- D'avril 1996 à mars 2001, on observe aussi un recul significatif du taux ajusté d'hospitalisation pour cancer du sein comparativement à la période d'avril 1991 à mars 1996 (16 c. 23 pour 10 000) chez les femmes nord-côtières. Il en est de même pour l'ensemble des Québécoises.
- De 2006-2007 à 2010-2011, le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues au cancer du sein se chiffre à 44 chez les femmes de la Côte-Nord, ce qui correspond à un taux ajusté de neuf hospitalisations pour 10 000.
- Lors des périodes 1991-1996 et 2001-2006, la Côte-Nord enregistre des taux ajustés d'hospitalisation pour cancer du sein significativement plus élevés que l'ensemble des femmes du Québec. Les taux s'avèrent comparables au cours des deux autres périodes.



---

**NOMENCLATURE DES FACTEURS DE RISQUE  
DU CANCER**

---



Tableau 13 - Facteurs de risque reconnus et possibles pour les principaux sièges de cancer<sup>1</sup>

Siège de cancer	Facteur de risque modifiable	Facteur de risque non modifiable	Facteur de protection et prévention primaire <sup>2</sup>	Programme de dépistage et autres interventions
<b>Poumon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme (risque relatif : 15-30)</li> <li>• Fumée secondaire</li> <li>• Radon</li> <li>• Amiante</li> <li>• Silice</li> <li>• Arsenic</li> <li>• Eau potable (arsenic, chrome, nickel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Antécédents familiaux de cancer du poumon</li> <li>• Antécédents de radiothérapie</li> <li>• Génétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter l'exposition aux facteurs de risque, en particulier le tabac et le radon</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Prostate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation riche en matières grasses*</li> <li>• Cadmium*</li> <li>• Calcium*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (après 65 ans)</li> <li>• Antécédents familiaux de cancer de la prostate</li> <li>• Origine africaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer matières grasses</li> <li>• Miser sur les fruits et légumes</li> </ul>	Programme de dépistage : oui, non systématique
<b>Colorectal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime alimentaire riche en viande rouge</li> <li>• Viande transformée</li> <li>• Alcool</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Inactivité physique</li> <li>• Obésité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (après 50 ans)</li> <li>• Présence de polypes</li> <li>• Antécédents familiaux (polypose familiale ou cancer sans polypose)</li> <li>• Colite ulcéreuse</li> <li>• Maladie de Crohn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime alimentaire riche en fibres*</li> <li>• Miser sur les fruits et légumes</li> </ul>	Programme de dépistage : oui Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
<b>Sein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hormonothérapie substitutive</li> <li>• Contraceptifs hormonaux</li> <li>• Exposition à des rayonnements ionisants</li> <li>• Alcool</li> <li>• Obésité</li> <li>• Statut socioéconomique élevé</li> <li>• Grossesse tardive ou nulliparité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (après 50 ans)</li> <li>• Sexe féminin</li> <li>• Antécédents personnels de cancer du sein</li> <li>• Antécédents familiaux de cancer du sein</li> <li>• Seins denses</li> <li>• Mutation gènes BRCA</li> <li>• Hyperplasie atypique</li> <li>• Menstruation précoce</li> <li>• Ménopause tardive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaitement</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Activité physique</li> </ul>	Programme de dépistage : oui Programme québécois de dépistage du cancer du sein
<b>Lymphome non hodgkinien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus de l'hépatite C</li> <li>• Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / SIDA</li> <li>• Virus T-lymphotrope 1 humain (HTLV-1)</li> <li>• Virus de l'herpès</li> </ul> <p>Facteurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition aux pesticides</li> <li>• Exposition au trichloroéthylène</li> <li>• Alimentation riche en viande, produits laitiers et gras saturés</li> <li>• Obésité</li> <li>• Exposition professionnelle aux colorants capillaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge &gt; 60 ans</li> <li>• Immunosuppression</li> <li>• Virus Epstein-Barr (VEB)</li> <li>• Bactérie Helicobacter Pylori</li> <li>• Traitement de radiothérapie antérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port du condom</li> <li>• Usage sécuritaire des seringues (usager de drogues injectables)</li> <li>• Maintien d'un poids santé</li> </ul>	Programme de dépistage : non

Siège de cancer	Facteur de risque modifiable	Facteur de risque non modifiable	Facteur de protection et prévention primaire <sup>2</sup>	Programme de dépistage et autres interventions
<b>Vessie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme</li> <li>• Arsenic</li> <li>• Acides aristolochiques</li> <li>• Exposition professionnelle à des produits chimiques (hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), bêta-naphthylamine, benzidine, 4-aminobiphényle et 4-o-toluidine, moteurs diesel)</li> </ul> <p><u>Industries</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Textiles</li> <li>• Caoutchouc</li> <li>• Peinture</li> <li>• Cuir</li> <li>• Colorants</li> <li>• Imprimerie</li> <li>• Métal</li> <li>• Usinage</li> <li>• Plastiques</li> <li>• Transport</li> </ul> <p><u>Métiers à risque</u> (synergie avec tabac)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chauffeur d'autobus ou de camion</li> <li>• Peintre</li> <li>• Mécanicien</li> <li>• Mineur</li> <li>• Machiniste</li> <li>• Forgeron</li> <li>• Tôlier</li> <li>• Imprimeur</li> <li>• Ouvrier de fonderie</li> <li>• Soudeur</li> <li>• Coiffeur</li> </ul> <p>Facteurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-produits du chlore Trihalométhanes (THM)</li> <li>• Usage abusif d'analgésique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (plus de 65 ans)</li> <li>• Homme</li> <li>• Antécédents de chimiothérapie</li> <li>• Antécédents de radiothérapie</li> <li>• Antécédents personnels de cancer urinaire</li> <li>• Irritation chronique de la vessie ou anomalies congénitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation de fruits et légumes crus</li> <li>• Boire une grande quantité d'eau</li> <li>• Respecter les normes de sécurité au travail</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Mélanome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition au soleil et rayons ultraviolets</li> <li>• Lits bronzants</li> <li>• Naevus atypique</li> <li>• Antécédents de coup de soleil sévère (avec cloches d'eau)</li> <li>• HAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de grains de beauté</li> <li>• Teint clair, yeux bleus ou verts, cheveux blonds ou roux</li> <li>• Antécédents personnels ou familiaux de cancer de la peau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crème solaire</li> <li>• Éviter les pics d'ensoleillement</li> <li>• Port de vêtements, lunettes et chapeau</li> </ul>	Programme de dépistage : non

Siège de cancer	Facteur de risque modifiable	Facteur de risque non modifiable	Facteur de protection et prévention primaire <sup>2</sup>	Programme de dépistage et autres interventions
<b>Mélanome (suite)</b>	Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition à un rayonnement ionisant</li> <li>• Exposition aux biphényles polychlorés (BPC)</li> <li>• Puvathérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immunosuppression</li> <li>• Génétique (mutations)</li> </ul>		
<b>Rein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme</li> <li>• Surplus de poids et obésité</li> <li>• Hypertension artérielle</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arsenic dans l'eau potable</li> <li>• THM</li> <li>• Cadmium</li> <li>• Trichloroéthylène</li> <li>• Imprimerie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (plus de 55 ans)</li> <li>• Homme</li> <li>• Antécédents familiaux</li> <li>• Insuffisance rénale terminale et dialyse</li> <li>• Troubles génétiques et héréditaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité physique</li> <li>• Respect des normes de sécurité au travail</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Leucémie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortes doses de radiation</li> <li>• Exposition au benzène</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition aux pesticides</li> <li>• Champs électromagnétiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes génétiques</li> <li>• Antécédents de chimiothérapie ou radiothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs personnes atteintes ne présentent aucun facteur identifiable</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Thyroïde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition aux radiations</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice de masse corporelle (IMC)</li> <li>• Alimentation et apport en iode</li> <li>• Radiographies fréquentes</li> <li>• Facteurs liés à la reproduction et aux hormones chez la femme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 60 ans</li> <li>• Femme</li> <li>• Affections bénignes de la thyroïde</li> <li>• Troubles génétiques</li> <li>• Acromégalie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manger fruits et légumes non crucifères crus</li> <li>• Activité physique</li> <li>• Éviter les expositions non nécessaires aux radiations</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Pancréas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabac</li> <li>• Obésité</li> <li>• Diabète</li> <li>• Exposition à des produits chimiques <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les composés et les solvants de pétrole</li> <li>➤ Certains pesticides</li> <li>➤ Certains colorants</li> <li>➤ Les substances chimiques nécessaires à l'affinage</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (plus de 65 ans)</li> <li>• Prédisposition génétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>	Programme de dépistage : non

Siège de cancer	Facteur de risque modifiable	Facteur de risque non modifiable	Facteur de protection et prévention primaire <sup>2</sup>	Programme de dépistage et autres interventions
<b>Estomac</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme</li> <li>• Exposition à des rayonnements ionisants</li> <li>• Travail dans l'industrie du caoutchouc</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apport faible en fruits et légumes</li> <li>• Sel</li> <li>• Viande transformée</li> <li>• Obésité</li> <li>• Exposition professionnelle au plomb</li> <li>• Statut socioéconomique faible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Sexe masculin</li> <li>• Infection à Helicobacter Pylori</li> <li>• Infection à VEB</li> <li>• Antécédents familiaux de cancer de l'estomac</li> <li>• Groupe sanguin A</li> <li>• Génétique</li> <li>• Antécédents familiaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>	Programme de dépistage : non Éradication Helicobacter Pylori
<b>Ovaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hormonothérapie substitutive</li> <li>• Amiante</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Aucune grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gène BRCA</li> <li>• Femme</li> <li>• Âge</li> <li>• Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire</li> <li>• Antécédents personnels de cancer du sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter avec son médecin de l'hormonothérapie de remplacement (HTR)</li> <li>• Ne pas fumer</li> <li>• Activité physique</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Myélome multiple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surplus de poids ou obésité</li> <li>• Travail agricole</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peinture</li> <li>• Industrie du pétrole</li> <li>• Infection chronique à virus de l'hépatite C (VHC)</li> <li>• Certains médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Homme</li> <li>• Descendance africaine</li> <li>• Antécédents familiaux ou gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Foie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrhose</li> <li>• Alcool</li> <li>• Infection chronique à virus de l'hépatite B (VHB) et VHC</li> <li>• Tabac</li> <li>• Aflatoxine</li> <li>• THM, acides haloacétiques (AHA)</li> <li>• Chlorure de vinyle</li> <li>• Dioxyde de thorium</li> <li>• Contraceptifs oraux</li> <li>• Infection à l'Opisthorchis viverrini</li> <li>• Plutonium</li> <li>• Diabète</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité</li> <li>• Exposition au trichloroéthylène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Homme</li> <li>• Hémocromatose</li> <li>• Cholangite</li> <li>• Stéatohépatite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>	Programme de dépistage : non Dépistage de certains facteurs de risque (VHC, VHB)

Siège de cancer	Facteur de risque modifiable	Facteur de risque non modifiable	Facteur de protection et prévention primaire <sup>2</sup>	Programme de dépistage et autres interventions
<b>Oesophage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabac</li> <li>• Alcool</li> <li>• Rayonnement ionisant</li> </ul> Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produits de nettoyage à sec</li> <li>• Viande rouge et viande transformée</li> <li>• Faible consommation de fruits et légumes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (plus de 60 ans)</li> <li>• Homme</li> <li>• Antécédents familiaux</li> <li>• Dysfonction œsophage (reflux gastro-oesophagien, achalasie, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable</li> </ul>	Programme de dépistage : non
<b>Col de l'utérus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus du papillome humain (VPH)</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Activité sexuelle</li> <li>• Grossesses multiples</li> <li>• Contraceptifs oraux</li> <li>• Diéthylstilbestrol</li> <li>• Statut socioéconomique faible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Femme</li> <li>• Immunosuppression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination</li> <li>• Fruits et légumes</li> <li>• Saine sexualité (limiter les partenaires, condom, monogamie, etc.)</li> </ul>	Programme de dépistage : oui, non systématique Vaccination VPH
<b>Maladie de Hodgkin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH</li> </ul> Facteur possible : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeunes adultes</li> <li>• 55 ans et plus</li> <li>• Homme &gt; Femme</li> <li>• VEB</li> <li>• Antécédents familiaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très souvent aucun facteur de risque identifiable</li> </ul>	Programme de dépistage : aucun
<b>Testicule</b>	Facteurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesticides</li> <li>• Marijuana</li> <li>• Exposition prénatale aux oestrogènes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homme</li> <li>• Jeune adulte</li> <li>• Testicule non descendu</li> <li>• Antécédents personnels et familiaux de cancer des testicules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter l'exposition aux pesticides</li> </ul>	Programme de dépistage : aucun

Source : Société canadienne du cancer, 2013 ([www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)), CDC, 2013 (<http://www.cdc.gov/cancer/index.htm>).

\* Cause probable.

1. Données canadiennes.

2. Règle générale, les actions dirigées contre les facteurs de risque modifiables ne sont pas énumérées dans cette section pour alléger le tableau, mais sont à considérer dans la planification.

Tableau construit par Stéphane Trépanier, m.d., médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique de la Côte-Nord, printemps 2013.



**Tableau 14 - Prévalence de certains facteurs de risque associés au cancer, population âgée de 18 ans ou plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)**

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Tabagisme <sup>1</sup>	√	r-CN	25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Sédentarité <sup>2</sup>	√	r-CN	26,7	30,5	27,6	28,9	22,2(-)	31,8 +	29,3	20,1(-)
Obésité <sup>3</sup>	√	r-CN	22,3	22,4	19,3 -	26,6 +	22,3	24,5	31,4(+)	24,2
Consommation élevée d'alcool <sup>4</sup>	√	r-CN	28,0	27,3	28,1	27,7	26,9	31,8	24,0	38,8(+)
Consommation de fruits et légumes - ESCN 2005 <sup>5</sup>	√	r-CN	45,3	48,7	46,1	42,9	42,5	43,6	54,8(+)	40,0

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2005, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

r-CN Reste de la Côte-Nord.

(+) (-) Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (Valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,26 %).

+ ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

1. Personne qui fume la cigarette à tous les jours ou à l'occasion.
2. Pratique d'activités physiques d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence inférieure à une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.
3. Indice de masse corporelle égal à 30 ou plus. Les femmes enceintes sont exclues du calcul.
4. Prise de cinq verres ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête.
5. Personne qui consomme moins de cinq portions de fruits et légumes quotidiennement. Source : Enquête Santé Côte-Nord 2005 (population de 18 à 74 ans seulement). Variable dérivée à partir de six questions sur la fréquence de consommation de fruits et légumes.



---

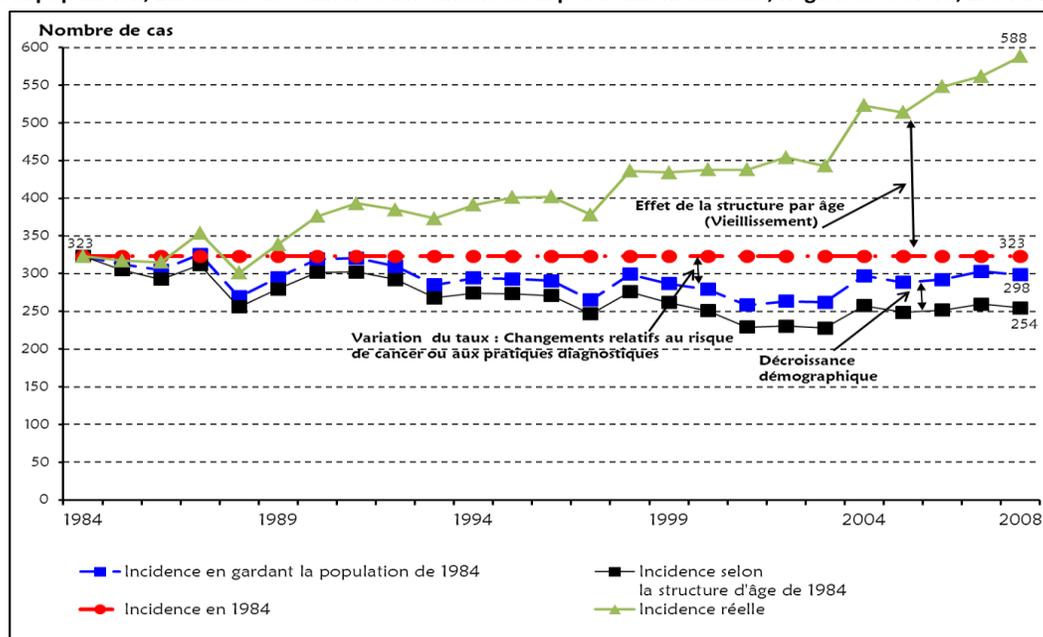
**ANNEXE A**  
**TENDANCE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ**  
**ASSOCIÉES AUX TAUX DE CANCER, AUX CHANGEMENTS**  
**DÉMOGRAPHIQUES ET À LA STRUCTURE D'ÂGE**  
**DE LA POPULATION NORD-CÔTIÈRE**

---



## ANNEXE A

Figure A1 – Tendence de l'incidence associée aux taux de cancer<sup>1</sup>, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population, Ensemble des cancers sauf cancers de la peau sans mélanome, Région Côte-Nord, 1984 à 2008



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

MSSS, Estimations et projections de population du Québec, selon le territoire de RSS, le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1<sup>er</sup> juillet 1981 à 2006 (estimations), au 1<sup>er</sup> juillet 2006 à 2031 (projections). Diffusion : Institut de la statistique du Québec (décembre 2009) et MSSS (Service du développement de l'information), janvier 2010.

Production : Équipe de surveillance et évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

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

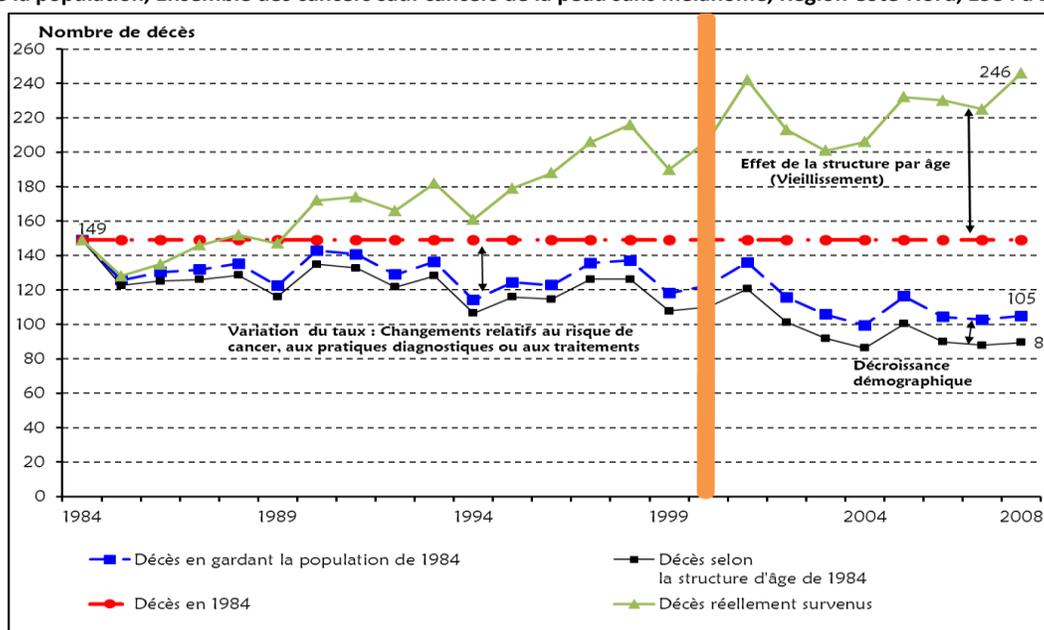
Note : Pour l'année 2006, nous avons pris les estimations, car elles sont plus précises que les projections.

### Constats

- La ligne continue du milieu (en bleu) illustre le nombre total de nouveaux cas de cancer qui seraient survenus chaque année si seuls les taux d'incidence avaient changé tandis que la population était demeurée exactement la même qu'en 1984 (nombre d'habitants et structure d'âge identique). Elle illustre l'impact des changements au niveau du risque de cancer et des pratiques diagnostiques. Par exemple, en appliquant les taux d'incidence de 2008 à la population de 1984, on s'aperçoit que la Côte-Nord aurait enregistré, en 1984, environ 298 nouveaux cas par cancer au lieu des 323 observés en réalité. En 2008, 588 résidents de la Côte-Nord ont appris qu'ils étaient atteints d'un cancer.
- La ligne continue la plus basse (en noir) a été obtenue en appliquant les taux d'incidence à la taille réelle de la population nord-côtière pour l'année correspondante tout en conservant cependant la même structure d'âge que la population de 1984. En d'autres termes, cette ligne représente le nombre de nouveaux cas attendus en faisant l'hypothèse que les taux annuels réels observés s'appliqueraient à une population nord-côtière en décroissance, mais qui n'a ni vieilli, ni rajeuni par rapport à celle de 1984. Elle illustre l'impact de la décroissance démographique et des changements au niveau du risque. Si cette situation avait effectivement prévalu, la région nord-côtière aurait enregistré 254 nouveaux cas de cancer en 2008 en regard des 588 nouveaux cas réellement observés.
- Enfin, la ligne du haut représente le nombre réel de nouveaux cas et illustre l'effet conjoint de la décroissance démographique, du vieillissement de la population de la Côte-Nord et des changements au niveau du risque et des pratiques diagnostiques. En fait, le graphique montre clairement que l'accroissement de l'incidence du cancer dans la région est largement dû au vieillissement.

## ANNEXE A

**Figure A2 – Tendence de la mortalité associée aux taux de cancer, aux changements démographiques et à la structure d'âge de la population, Ensemble des cancers sauf cancers de la peau sans mélanome, Région Côte-Nord, 1984 à 2008**



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

MSSS, Estimations et projections de population du Québec, selon le territoire de RSS, le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1<sup>er</sup> juillet 1981 à 2006 (estimations), au 1<sup>er</sup> juillet 2006 à 2031 (projections). Diffusion : Institut de la statistique du Québec (décembre 2009) et MSSS (Service du développement de l'information), janvier 2010.

Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 14 janvier 2012.

Production : Équipe de surveillance et évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Note : Pour l'année 2006, nous avons pris les estimations, car elles sont plus précises que les projections. À compter de 2000, les causes de décès sont codées selon la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10). Comme celle-ci est très différente de la CIM-9, cela peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Il faut donc faire preuve de prudence en comparant le nombre de décès survenus avant 2000 et à partir de 2000.

### Constats

- La ligne continue du milieu (en bleu) illustre le nombre de décès qui se seraient produits chaque année si seuls les taux de mortalité avaient changé tandis que la population était demeurée exactement la même qu'en 1984 (nombre d'habitants et structure d'âge identique). Elle illustre l'impact des changements au niveau du risque de cancer, aux pratiques diagnostiques ou au traitement du cancer. Par exemple, en appliquant les taux de décès de 2008 à la population de 1984, on s'aperçoit que la Côte-Nord aurait enregistré, en 1984, environ 105 décès par cancer au lieu des 149 observés en réalité. En 2008, 246 résidents de la Côte-Nord sont décédés en raison du cancer.
- La ligne continue la plus basse (en noir) a été obtenue en appliquant les taux de mortalité à la taille réelle de la population nord-côtière pour l'année correspondante tout en conservant cependant la même structure d'âge que la population de 1984. En d'autres termes, cette ligne représente le nombre de décès qui seraient survenus si les taux annuels réels observés s'appliquaient à une population nord-côtière en décroissance mais qui n'a ni vieilli, ni rajeuni par rapport à celle de 1984. Elle illustre l'impact de la décroissance démographique et des changements au niveau du risque de cancer. Si cette situation avait effectivement prévalu, la région nord-côtière aurait connu 89 décès par cancer au lieu des 246 réellement survenus.
- Enfin, la ligne du haut représente le nombre de décès réellement survenus et illustre l'effet conjugué de la décroissance démographique, du vieillissement de la population de la Côte-Nord, des changements au niveau du risque de cancer, des pratiques diagnostiques ou traitement de la maladie. En fait, le graphique montre que l'accroissement du nombre de décès par cancer dans la région est largement dû au vieillissement de la population.

---

**ANNEXE B**  
**DONNÉES ANNUELLES DE L'INCIDENCE DU CANCER**  
**SUR LA CÔTE-NORD ET SES TERRITOIRES**  
**DE RLS : 1984 À 2008**

---

**Note**

Les données des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach ne sont pas présentées en raison des petits nombres et de l'imprécision des taux.



## ANNEXE B

**Tableau A1 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	323	288,0 (-)	678,1 (+)	159	276,7 (-)	712,1	164	299,9	651,9 (+)
1985	317	289,5 (-)	637,9 (+)	178	318,0 (-)	767,6	139	259,8 (-)	519,0
1986	315	292,6 (-)	633,8 (+)	194	352,0	833,1 (+)	121	230,3 (-)	441,6
1987	354	329,9 (-)	682,8 (+)	203	368,6	833,7 (+)	151	289,0 (-)	536,0 (+)
1988	301	282,4 (-)	531,1	160	291,8 (-)	633,0	141	272,3 (-)	446,0
1989	339	318,6 (-)	597,9 (+)	193	352,1 (-)	737,9	146	283,1 (-)	472,4
1990	376	354,8 (-)	641,3 (+)	217	396,9	808,6 (+)	159	309,9 (-)	496,6
1991	393	371,3 (-)	654,2 (+)	229	420,2	841,3 (+)	164	319,5 (-)	496,1
1992	385	363,6 (-)	625,3 (+)	220	403,7	779,3 (+)	165	321,1 (-)	493,6
1993	373	353,7 (-)	616,8 (+)	223	410,8	800,9 (+)	150	293,2 (-)	457,2
1994	391	374,0 (-)	617,5 (+)	224	416,9 (-)	785,1 (+)	167	328,6 (-)	479,9
1995	401	383,4 (-)	603,1 (+)	244	454,6	789,5 (+)	157	308,4 (-)	439,2
1996	402	384,2	592,6 (+)	223	415,3	714,9 (+)	179	351,4	494,3
1997	378	362,3 (-)	525,8	203	379,3 (-)	583,8	175	344,3 (-)	477,2
1998	436	421,9	595,0 (+)	243	458,9	692,1 (+)	193	383,0	508,9
1999	434	424,5	583,6 (+)	239	456,2	680,3	195	391,3	504,9
2000	438	434,4 (-)	574,4	224	433,9 (-)	620,2	214	434,9	543,0
2001	438	440,3 (-)	577,2	246	483,7	707,1	192	394,9 (-)	476,1
2002	454	462,8	575,7	271	540,6	729,7 (+)	183	381,5 (-)	446,7
2003	443	454,9 (-)	548,4	249	500,0	643,7	194	407,7 (-)	466,3
2004	523	538,2	618,0 (+)	278	559,7	679,2	245	515,8	567,2 (+)
2005	514	530,9	595,4 (+)	292	589,7	711,4 (+)	222	469,3	500,2
2006	548	567,5	621,8 (+)	309	625,4 (+)	739,2 (+)	239	506,8	526,8
2007	562	585,3	613,4 (+)	308	626,7	689,1 (+)	254	541,9	548,4
2008	588	614,7	632,9 (+)	326	666,0 (+)	719,8 (+)	262	561,0	556,3

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 significativement plus élevé ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A2 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	52	348,9	640,2	29	* 379,8	* 772,5	23	* 316,3	* 522,2
1985	47	318,9	567,7	25	* 331,3	* 649,3	22	* 305,9	* 507,2
1986	46	314,4	566,2	31	* 411,3	* 785,2	15	* 211,5	* 354,0
1987	45	311,8	553,5	32	* 430,6	* 803,5	13	* 185,6	* 312,7
1988	49	345,3	540,4	28	* 384,0	* 689,7	21	* 304,3	* 433,7
1989	53	379,0	578,5	39	544,0	* 876,2	14	* 205,4	* 300,5
1990	62	450,2	684,2	40	568,3	* 1 010,2	22	* 326,7	* 461,7
1991	72	519,3	738,0 (+)	47	666,7	1 034,3 (+)	25	* 366,8	* 492,7
1992	54	389,1	550,0	33	* 467,6	* 708,6	21	* 307,9	* 412,5
1993	70	506,2	735,6	49	696,0 (+)	1 096,8 (+)	21	* 309,4	* 421,2
1994	67	489,9	691,7	43	618,7	1 027,1	24	* 356,8	* 443,8
1995	62	453,4	607,1	46	663,1	962,5 (+)	16	* 237,5	* 300,3
1996	86	631,7 (+)	790,9 (+)	55	798,5 (+)	1 035,9 (+)	31	* 460,8	* 547,5
1997	63	465,3	605,0	26	* 379,5	* 539,1	37	553,1	684,7 (+)
1998	72	535,0	638,9	44	644,9	799,3	28	* 422,0	* 476,1
1999	61	456,9	573,6	29	* 428,7	* 571,6	32	* 485,8	* 572,5
2000	60	454,3	522,4	31	* 462,5	* 583,5	29	* 445,8	* 480,2
2001	73	555,9	638,0	43	643,4	783,8	30	* 465,1	* 511,4
2002	75	579,8	647,6	47	713,5	875,9 (+)	28	* 441,1	* 461,2
2003	82	640,6	682,8	47	720,1	797,9	35	* 557,9	* 573,1
2004	75	592,6	588,8	43	668,1	690,5	32	* 514,5	* 503,1
2005	84	671,7	641,1	48	754,2	733,8	36	586,2	* 553,0
2006	72	582,9	539,1	40	634,7	604,2	32	* 529,0	* 479,3
2007	92	752,4 (+)	688,5	50	803,6	749,6	42	699,3	635,0
2008	99	819,6 (+)	724,5 (+)	53	861,2 (+)	757,5	46	776,4	691,3

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 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.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A3 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Manicouagan, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	106	283,7 (-)	620,8	50	262,2 (-)	624,7	56	306,0	618,5
1985	114	305,7	646,1 (+)	64	336,7	774,1	50	273,5	526,6
1986	96	255,0 (-)	534,7	56	290,7	681,6	40	217,6 (-)	* 404,9
1987	139	369,9	802,7 (+)	80	415,0	1 009,9 (+)	59	322,5	610,6 (+)
1988	109	292,2 (-)	527,6	46	239,7 (-)	* 535,4	63	347,7	540,8
1989	131	351,4	690,0 (+)	74	385,5	856,6	57	315,2	547,0
1990	132	355,6	655,5	67	349,9	743,4	65	361,7	588,3
1991	138	373,3	688,6 (+)	78	409,1	852,3	60	335,2	548,6
1992	136	366,6	657,7	84	438,8	877,5	52	289,6	463,5
1993	140	378,6	671,9	79	414,2	788,0	61	340,7	568,0
1994	151	411,2	655,2	78	412,0	724,5	73	410,3	594,3
1995	120	326,5 (-)	510,8	67	353,9	603,4	53	297,4	426,4
1996	128	348,4 (-)	504,5	60	316,9 (-)	524,1	68	381,9	507,1
1997	127	348,8 (-)	496,4	70	373,4	584,4	57	322,7	426,2
1998	157	437,3	620,9	81	439,4	675,4	76	435,2	579,2
1999	176	497,2	671,2 (+)	93	511,6	744,0	83	482,0	612,2
2000	153	439,0	577,2	80	448,8	624,1	73	428,7	538,5
2001	136	397,8	511,2	75	429,5	643,6	61	364,7	419,1
2002	148	437,4	528,8	84	486,8	620,2	64	386,0	446,1
2003	144	427,3	517,7	76	441,4	596,6	68	412,5	461,6
2004	169	502,0	583,2	90	522,9	650,0	79	480,1	529,2
2005	181	540,8	599,3	108	631,2	756,7	73	446,2	465,9
2006	189	568,5	618,8	101	593,2	709,4	88	542,6	553,1
2007	191	580,7	593,7	98	582,6	628,6	93	578,8	569,5
2008	192	588,4	592,6	100	599,7	635,8	92	576,7	555,7

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A4 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Port-Cartier, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	27	* 294,5	* 820,9	10	* 213,4	** n.p	17	* 379,5	* 898,1
1985	19	* 214,7	* 423,1	9	* 199,3	** n.p	10	* 230,8	** n.p
1986	24	* 281,5	* 867,3 (+)	10	* 229,7	** n.p	14	* 335,6	* 717,7
1987	19	* 220,8	* 367,6	9	* 202,2	** n.p	10	* 240,6	* 307,3
1988	16	* 184,9 (-)	* 475,9	11	* 243,4	** n.p	5	** n.p	** n.p
1989	17	* 194,4 (-)	* 499,7	7	** n.p	** n.p	10	* 242,3	** n.p
1990	33	* 373,7	* 778,6	22	* 467,0	* 1 011,3	11	* 267,0	** n.p
1991	29	* 326,1	* 635,4	17	* 356,9	** n.p	12	* 290,5	** n.p
1992	31	* 351,0	* 797,8	14	* 295,9	** n.p	17	* 414,5	* 808,5
1993	25	* 286,6 (-)	* 518,1	16	* 342,6	* 875,9	9	* 222,0	** n.p
1994	23	* 267,8	* 485,0	13	* 283,3	** n.p	10	* 250,0	** n.p
1995	27	* 315,5	* 608,7	17	* 371,3	* 739,0	10	* 251,3	** n.p
1996	28	* 332,8	* 537,8	16	* 348,7	* 698,6	12	* 313,7	* 422,2
1997	17	* 200,7 (-)	* 260,3	10	* 215,4	** n.p	7	** n.p	** n.p
1998	32	* 383,2	* 536,7	18	* 394,8	* 510,0	14	* 369,2	* 533,1
1999	30	* 365,7	* 495,1	21	* 467,9	* 725,8	9	* 242,3	** n.p
2000	42	521,6	691,7	22	* 497,4	* 729,1	20	* 551,1	* 660,5
2001	42	530,8	612,1	27	* 623,8	* 808,2	15	* 418,5	* 429,3
2002	37	474,4	* 571,0	22	* 517,4	* 695,1	15	* 422,8	* 458,3
2003	25	* 324,6	* 388,8	12	* 286,9	* 362,3	13	* 369,3	* 437,0
2004	46	598,5	631,8	24	* 573,9	* 585,2	22	* 627,9	* 677,2
2005	37	480,1	* 547,7	20	* 474,9	* 606,4	17	* 486,4	* 495,4
2006	48	617,4	637,7	26	* 614,7	* 644,6	22	* 620,8	* 642,3
2007	44	567,1	572,6	24	* 569,5	* 567,5	20	* 564,2	* 583,8
2008	39	502,0	531,2	22	* 522,2	* 577,6	17	* 478,1	* 484,7

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A5 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Sept-Îles, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	71	232,7 (-)	561,2	30	* 192,4 (-)	* 486,2	41	275,0	* 635,6
1985	90	304,1	756,7 (+)	52	344,8	* 959,5	38	261,8	* 570,3
1986	95	327,8	802,4 (+)	60	406,2	1 049,5 (+)	35	* 246,4 (-)	* 554,9
1987	97	337,1	745,1 (+)	46	313,6	* 781,8	51	361,7	706,6 (+)
1988	79	277,1 (-)	554,2	49	336,6	717,6	30	* 215,0 (-)	* 389,5
1989	85	299,6 (-)	558,4	48	331,4	* 709,3	37	266,4	* 414,9
1990	81	287,6 (-)	535,5	44	306,5	* 579,1	37	268,0	* 489,7
1991	92	330,3	649,0	49	346,2	* 832,5	43	313,8	* 520,5
1992	106	379,1	660,0	57	402,5	* 859,9	49	355,0	519,6
1993	87	311,9 (-)	641,7	45	318,8 (-)	* 825,9	42	304,9	* 522,3
1994	101	363,6	678,4	58	414,0	990,6	43	312,4	* 461,6
1995	128	458,2	713,7 (+)	74	526,4	941,2 (+)	54	389,1	535,6
1996	120	420,3	766,6 (+)	68	474,8	1 036,5 (+)	52	365,5	577,4
1997	108	378,3	586,4	59	412,4	641,5	49	344,2	524,6
1998	114	402,0	600,5	68	478,3	773,2	46	325,2	452,1
1999	127	452,8	660,2 (+)	74	525,6	902,8 (+)	53	379,4	491,9
2000	121	436,5	572,2	65	468,2	619,8	56	404,7	520,2
2001	134	487,9	691,4 (+)	67	487,4	769,3	67	488,4	635,9
2002	136	502,6	644,4 (+)	83	613,2	877,4 (+)	53	391,9	468,7
2003	128	474,1	575,0	73	539,9	701,2	55	408,1	471,5
2004	154	567,7	677,9 (+)	82	604,1	774,9	72	531,2	606,4
2005	142	524,1	602,3	80	589,3	760,7	62	458,7	493,1
2006	149	546,9	627,0	90	658,4	812,0 (+)	59	434,7	474,7
2007	160	585,8	629,5	90	655,3	755,0	70	515,5	533,7
2008	187	682,6 (+)	724,9 (+)	113	819,9 (+)	918,8 (+)	74	543,7	558,6

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A6 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de la Minganie, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	32	* 454,1	* 912,3 (+)	22	* 620,2 (+)	* 1 216,9 (+)	10	* 285,7	* 597,8
1985	28	* 396,7	* 776,4 (+)	19	* 537,5	* 1 090,6	9	* 255,4	** n.p
1986	26	* 364,2	* 717,1	----	* 617,8	* 1 251,4 (+)	X	** n.p	** n.p
1987	32	* 446,2	* 766,6 (+)	19	* 527,5	* 998,9	13	* 364,2	* 580,2
1988	24	* 335,2	* 579,9	13	* 358,4	* 706,6	11	* 311,4	* 462,5
1989	32	* 446,2	* 719,4	14	* 382,0	* 717,3	18	* 513,3	* 740,0
1990	33	* 459,6	* 680,8	22	* 592,8	* 1 005,9	11	* 317,1	* 394,0
1991	26	* 362,6	* 566,3	16	* 432,0	* 743,0	10	* 288,5	** n.p
1992	26	* 364,7	* 518,6	14	* 380,2	* 603,8	12	* 348,0	* 453,7
1993	30	* 421,7	* 621,5	17	* 461,2	* 728,0	13	* 379,2	* 519,0
1994	23	* 326,0	* 504,7	12	* 329,1	* 529,5	11	* 322,6	* 494,6
1995	33	* 470,0	* 691,3	24	* 664,6	* 1 001,7 (+)	9	* 263,9	** n.p
1996	24	* 342,4	* 476,7	13	* 360,8	* 545,1	11	* 322,9	* 411,1
1997	37	528,6	* 686,1	24	* 670,8	* 894,3	13	* 379,9	* 491,6
1998	34	* 490,4	* 619,4	16	* 452,9	* 597,7	18	* 529,4	* 656,6
1999	18	* 259,4	* 323,0	10	* 282,6	* 371,7	8	** n.p	** n.p
2000	27	* 393,5	* 473,2	12	* 342,2	* 470,9	15	* 447,1	* 502,3
2001	28	* 409,9	* 490,5	17	* 490,6	* 668,9	11	* 326,8	* 365,4
2002	29	* 429,6	* 491,0	16	* 467,4	* 574,5	13	* 390,7	* 438,0
2003	31	* 466,0	* 519,4	18	* 531,8	* 614,9	13	* 397,8	* 409,4
2004	33	* 504,6	* 540,0	15	* 451,8	* 524,3	18	* 559,0	* 571,3
2005	39	598,5	636,0	21	* 636,6	* 720,2	18	* 559,5	* 551,5
2006	50	780,8 (+)	828,4 (+)	32	* 992,2 (+)	* 1 194,3 (+)	18	* 566,2	* 582,2
2007	39	615,5	616,2	22	* 693,6	* 758,6	17	* 537,3	* 495,5
2008	40	631,3	633,7	16	* 504,9	* 530,3	24	* 757,8	* 721,3

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 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

---- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle de ce tableau ou d'un autre tableau.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE B

**Tableau A7 – Nombre de nouveaux cas de cancer, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) d'incidence du cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-2008**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	24	* 404,0	* 935,7 (+)	14	* 451,6	* 973,8	10	* 352,1	* 897,0
1985	11	* 183,7	* 397,5	6	** n.p	** n.p	5	** n.p	** n.p
1986	23	* 378,4	* 594,7	13	* 411,5	* 685,5	10	* 342,5	** n.p
1987	17	* 280,9	* 569,1	12	* 383,4	* 768,7	5	** n.p	** n.p
1988	17	* 282,5	* 519,1	10	* 323,9	** n.p	7	** n.p	** n.p
1989	14	* 232,5	* 395,8	8	** n.p	** n.p	6	** n.p	** n.p
1990	26	* 431,9	* 716,0	18	* 586,5	* 1 019,4	8	** n.p	** n.p
1991	25	* 416,5	* 750,8	17	* 562,7	* 963,6	8	** n.p	** n.p
1992	19	* 316,7	* 508,0	10	* 330,4	* 489,8	9	* 302,8	** n.p
1993	15	* 247,6 (-)	* 369,5	---	* 391,1	* 631,6	X	** n.p	** n.p
1994	18	* 298,9	* 431,1	13	* 424,4	* 588,9	5	** n.p	** n.p
1995	22	* 368,2	* 571,7	13	* 427,6	* 679,7	9	* 306,6	** n.p
1996	9	* 154,5 (-)	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1997	17	* 289,6	* 446,9	8	** n.p	** n.p	9	* 314,5	** n.p
1998	22	* 376,3	* 511,4	13	* 434,1	* 636,7	9	* 315,6	** n.p
1999	15	* 256,1	* 341,9	7	** n.p	** n.p	8	** n.p	** n.p
2000	22	* 381,3	* 522,7	9	* 304,4	** n.p	13	* 462,1	* 604,9
2001	15	* 262,8	* 333,2	---	* 444,6	* 580,1	X	** n.p	** n.p
2002	22	* 387,6	* 512,2	13	* 444,1	* 615,0	9	* 327,4	** n.p
2003	20	* 356,2	* 452,3	14	* 487,3	* 645,5	6	** n.p	** n.p
2004	34	* 608,8	* 730,6	16	* 561,6	* 708,3	18	* 657,9	* 763,2
2005	21	* 376,2	* 440,0	13	* 457,1	* 574,2	8	** n.p	** n.p
2006	32	* 576,3	* 663,3	16	* 569,8	* 688,9	16	* 582,9	* 662,2
2007	26	* 473,8	* 535,3	16	* 573,1	* 666,0	10	* 371,1	* 398,8
2008	24	* 442,2	* 472,6	16	* 580,6	* 639,7	8	** n.p	** n.p

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

--- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle de ce tableau ou d'un autre tableau.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Les cancers in situ sont exclus, à l'exception du cancer in situ de la vessie.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de l'incidence du cancer dans les populations concernées.



---

**ANNEXE C**  
**DONNÉES ANNUELLES DE LA MORTALITÉ PAR**  
**CANCER SUR LA CÔTE-NORD ET SES**  
**TERRITOIRES DE RLS : 1984 À 2009**

---

**Note**

**Les données des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach ne sont pas présentées en raison des petits nombres et de l'imprécision des taux.**



## ANNEXE C

**Tableau A8 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, Côte-Nord, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	149	132,9 (-)	345,5 (+)	92	160,1 (-)	440,1	57	104,2 (-)	251,8
1985	128	116,9 (-)	305,7	74	132,2 (-)	362,4	54	100,9 (-)	251,4
1986	135	125,4 (-)	293,9	76	137,9 (-)	346,8	59	112,3 (-)	242,9
1987	146	136,0 (-)	293,9	101	183,4	404,5	45	86,1 (-)	180,7
1988	152	142,6 (-)	314,0	98	178,8 (-)	456,2	54	104,3 (-)	188,0
1989	147	138,2 (-)	311,0	96	175,1 (-)	422,8	51	98,9 (-)	209,1
1990	172	162,3 (-)	318,6 (+)	107	195,7	444,2	65	126,7 (-)	211,5
1991	174	164,4 (-)	316,2	109	200,0	420,5	65	126,6 (-)	223,0
1992	166	156,8 (-)	312,0	93	170,6 (-)	362,6	73	142,0 (-)	265,2
1993	182	172,6 (-)	341,8 (+)	105	193,4 (-)	438,4	77	150,5	264,7 (+)
1994	161	154,0 (-)	290,9	86	160,1 (-)	331,7	75	147,6 (-)	257,0
1995	179	171,2 (-)	307,5 (+)	109	203,1	431,6 (+)	70	137,5 (-)	210,8
1996	188	179,7 (-)	312,4 (+)	130	242,1	451,7 (+)	58	113,8 (-)	188,7
1997	206	197,4	318,8 (+)	125	233,6	406,7	81	159,4	241,4
1998	216	209,0	324,0 (+)	133	251,2	420,4 (+)	83	164,7	239,7
1999	190	185,9 (-)	278,2	116	221,4	364,2	74	148,5 (-)	206,1
2000	207	205,3	298,4 (+)	122	236,3	385,0	85	172,7	229,5
2001	242	243,3	328,0 (+)	158	310,7 (+)	460,0 (+)	84	172,8	215,2
2002	213	217,1	283,9	133	265,3	391,2 (+)	80	166,8 (-)	198,2
2003	201	206,4	263,5	121	243,0	338,7	80	168,1 (-)	200,5
2004	206	212,0	268,2	120	241,6	334,5	86	181,0	212,4
2005	232	239,6	284,2 (+)	139	280,7	357,7 (+)	93	196,6	219,4
2006	230	238,2	272,3 (+)	146	295,5 (+)	364,2 (+)	84	178,1 (-)	191,8
2007	225	234,3	258,0	114	232,0	280,4	111	236,8	243,6 (+)
2008	246	257,2	277,1 (+)	152	310,5 (+)	361,0 (+)	94	201,3	202,9
2009	280	293,8 (+)	300,9 (+)	158	324,0 (+)	356,8 (+)	122	262,2	253,8 (+)

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 significativement plus élevé ou plus faible que celui du reste du Québec, au seuil de 5 %.

1. Taux ajusté selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec de 2006.
2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A9 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de la Haute-Côte-Nord, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	29	* 194,6	* 358,4	20	* 262,0	* 517,1	9	* 123,8	** n.p
1985	23	* 156,0	* 311,6	14	* 185,5	* 403,3	9	* 125,1	** n.p
1986	22	* 150,4	* 280,2	14	* 185,8	* 364,9	8	** n.p	** n.p
1987	23	* 159,3	* 285,6	20	* 269,1	* 502,3	3	** n.p	** n.p
1988	28	* 197,3	* 332,7	22	* 301,7	* 574,2	6	** n.p	** n.p
1989	30	* 214,5	* 334,2	19	* 265,0	* 452,4	11	* 161,4	* 241,4
1990	37	268,7	* 405,5	23	* 326,8	* 583,2	14	* 207,9	* 296,6
1991	33	* 238,0	* 381,4	27	* 383,0	* 678,0 (+)	6	** n.p	** n.p
1992	17	* 122,5	* 182,3	9	* 127,5	** n.p	8	** n.p	** n.p
1993	38	274,8	388,4 (+)	26	* 369,3 (+)	* 549,8	12	* 176,8	* 244,7
1994	27	* 197,4	* 283,1	16	* 230,2	* 374,6	11	* 163,5	* 216,5
1995	26	* 190,1	* 271,6	18	* 259,5	* 400,9	8	** n.p	** n.p
1996	43	315,8 (+)	428,7 (+)	33	* 479,1 (+)	* 705,9 (+)	10	* 148,7	* 190,1
1997	39	288,0	380,6	21	* 306,5	* 432,7	18	* 269,1	* 334,1
1998	31	* 230,3	* 321,2	19	* 278,5	* 410,6	12	* 180,9	* 239,5
1999	37	277,1	* 356,8	19	* 280,9	* 384,2	18	* 273,3	* 331,1
2000	30	* 227,1	* 265,5	18	* 268,5	* 332,9	12	* 184,5	* 202,2
2001	44	335,0	380,8 (+)	29	* 433,9 (+)	* 531,1	15	* 232,6	* 252,7
2002	35	* 270,6	* 296,9	19	* 288,4	* 333,6	16	* 252,0	* 267,2
2003	37	289,1	319,0	27	* 413,7	* 490,0	10	* 159,4	* 164,6
2004	28	* 221,2	* 231,6	18	* 279,7	* 321,0	10	* 160,8	* 158,5
2005	47	375,8 (+)	362,3 (+)	30	* 471,4 (+)	* 458,5	17	* 276,8	* 262,7
2006	29	* 234,8	* 227,1	18	* 285,6	* 283,1	11	* 181,8	* 169,6
2007	43	351,7	326,7	25	* 401,8	* 395,5	18	* 299,7	* 269,0
2008	39	322,9	283,4	26	* 422,5	* 379,3	13	* 219,4	* 188,3
2009	42	351,5	302,9	20	* 328,4	* 284,9	22	* 375,6	* 318,1

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 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A10 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Manicouagan, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	42	112,4 (-)	* 285,1	23	* 120,6	* 328,3	19	* 103,8	* 241,6
1985	49	131,4 (-)	351,7	29	* 152,6	* 423,9	20	* 109,4	* 283,1
1986	43	114,2 (-)	* 258,1	22	* 114,2 (-)	* 268,9	21	* 114,3	* 247,2
1987	46	122,4 (-)	263,1	35	* 181,6	* 398,7	11	* 60,1 (-)	** n.p
1988	53	142,1 (-)	323,0	28	* 145,9	* 426,0	25	* 138,0	* 244,2
1989	52	139,5 (-)	359,8	36	187,5	* 554,8	16	* 88,5	* 197,6
1990	65	175,1	345,9	39	203,7	* 460,0	26	* 144,7	* 248,6
1991	58	156,9	289,5	34	* 178,3	* 362,6	24	* 134,1	* 228,9
1992	61	164,4	331,5	31	* 161,9	* 321,0	30	* 167,1	* 330,7
1993	71	192,0	388,4 (+)	37	194,0	* 450,8	34	* 189,9	* 341,4 (+)
1994	59	160,6	340,3	30	* 158,4	* 334,0	29	* 163,0	* 337,0
1995	60	163,3	286,5	34	* 179,6	* 344,5	26	* 145,9	* 237,6
1996	46	125,2 (-)	208,7	26	* 137,3 (-)	207,7 (-)	20	* 112,3	* 192,6
1997	58	159,3	251,6	35	* 186,7	* 319,4	23	* 130,2	* 192,6
1998	75	208,9	321,5	46	249,5	405,9	29	* 166,0	* 245,6
1999	63	178,0	251,1	40	220,0	* 337,4	23	* 133,6	* 175,2
2000	77	220,9	326,3	42	235,6	* 422,6	35	* 205,5	* 263,2
2001	73	213,5	280,9	53	303,5	437,5	20	* 119,6	* 143,5
2002	69	203,9	271,3	44	255,0	389,9	25	* 150,8	* 178,3
2003	72	213,6	273,4	34	* 197,5	* 288,8	38	230,5	268,6
2004	62	184,2	229,1	39	226,6	* 312,3	23	* 139,8	* 159,5
2005	77	230,0	271,4	48	280,5	352,6	29	* 177,2	* 198,0
2006	83	249,7	287,1	50	293,7	374,6	33	* 203,5	* 214,9
2007	74	225,0	242,2	44	261,6	306,3	30	* 186,7	* 187,3
2008	73	223,7	237,9	46	275,9	317,2	27	* 169,2	* 168,4
2009	80	247,3	248,9	46	278,5	315,8	34	* 214,8	* 197,3

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A11 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Port-Cartier, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	8	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1985	8	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p
1986	8	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1987	8	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1988	7	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1989	9	* 102,9 (-)	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1990	10	* 113,2	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1991	12	* 134,9	** n.p	6	** n.p	** n.p	6	** n.p	** n.p
1992	10	* 113,2	** n.p	---	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p
1993	8	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1994	9	* 104,8	** n.p	X	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p
1995	14	* 163,6	* 289,6	---	* 240,3	** n.p	X	** n.p	** n.p
1996	14	* 166,4	* 287,2	---	* 283,3	* 593,6	X	** n.p	** n.p
1997	15	* 177,1	* 263,3	---	* 193,9	** n.p	---	** n.p	** n.p
1998	12	* 143,7	* 238,3	6	** n.p	** n.p	6	** n.p	** n.p
1999	11	* 134,1	* 218,4	---	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
2000	20	* 248,4	* 362,5	14	* 316,5	* 560,3	6	** n.p	** n.p
2001	18	* 227,5	* 288,5	10	* 231,1	** n.p	8	** n.p	** n.p
2002	13	* 166,7	* 205,8	---	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p
2003	10	* 129,8	* 167,0	X	** n.p	** n.p	---	** n.p	** n.p
2004	17	* 221,2	* 277,0	---	* 239,1	* 336,8	---	** n.p	** n.p
2005	15	* 194,7	* 239,2	6	** n.p	** n.p	9	* 257,5	** n.p
2006	13	* 167,2	* 183,0	8	** n.p	** n.p	5	** n.p	** n.p
2007	26	* 335,1	* 361,7	13	* 308,5	* 342,3	13	* 366,7	* 398,3
2008	21	* 270,3	* 305,5	15	* 356,0	* 441,4	6	** n.p	** n.p
2009	30	* 385,0	* 377,4	18	* 426,6	* 457,3	12	* 335,8	* 311,6

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 significativement plus faible 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

--- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle de ce tableau ou d'un autre tableau.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A12 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de Sept-Îles, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	37	121,3 (-)	* 327,1	23	* 147,5	* 375,4	14	* 93,9	* 271,5
1985	29	* 98,0 (-)	* 261,9	13	* 86,2 (-)	* 188,4	16	* 110,2	* 330,3
1986	49	169,1	460,3 (+)	27	* 182,8	* 554,8	22	* 154,9	* 374,2
1987	37	128,6 (-)	* 327,4	18	* 122,7	* 366,8	19	* 134,7	* 295,3
1988	34	* 119,2 (-)	* 298,7	24	* 164,9	* 392,5	10	* 71,7 (-)	** n.p
1989	35	* 123,4 (-)	* 260,7	25	* 172,6	* 371,5	10	* 72,0	** n.p
1990	31	* 110,1 (-)	* 236,7	16	* 111,4 (-)	* 294,4	15	* 108,7	* 186,4
1991	47	168,7	* 416,8	30	* 212,0	* 567,2	17	* 124,1	* 291,3
1992	51	182,4	* 450,8 (+)	29	* 204,8	* 604,3	22	* 159,4	* 340,8
1993	37	132,7 (-)	* 340,1	17	* 120,4 (-)	* 421,4	20	* 145,2	* 296,4
1994	44	158,4	* 317,8	25	* 178,4	* 398,0	19	* 138,0	* 250,2
1995	47	168,2	* 336,5	27	* 192,1	* 564,8	20	* 144,1	* 198,8
1996	60	210,2	410,0 (+)	41	286,3	* 664,5 (+)	19	* 133,5	* 222,6
1997	62	217,2	369,3	36	251,6	* 464,4	26	* 182,6	* 292,9
1998	64	225,7	365,1	40	281,4	* 491,4	24	* 169,7	* 259,2
1999	47	167,6	275,7	33	* 234,4	* 453,2	14	* 100,2	* 144,6
							121,3		
2000	51	184,0	287,5	31	* 223,3	* 382,3	20	* 144,5	* 210,6
2001	75	273,1	394,2 (+)	42	305,5	* 461,5	33	* 240,6	* 332,1
2002	63	232,8	318,9	41	302,9	* 491,4	22	* 162,7	* 196,3
2003	55	203,7	262,5	40	295,9	* 417,4	15	* 111,3	* 134,4
2004	72	265,4	361,8 (+)	35	* 257,9	* 384,9	37	273,0	* 344,5 (+)
2005	57	210,4	263,0	31	* 228,3	* 330,8	26	* 192,4	* 220,0
2006	65	238,6	271,2	42	307,2	373,6	23	* 169,4	* 184,3
2007	56	205,0	230,0	24	* 174,7	* 220,1	32	* 235,7	* 249,0
2008	79	288,4	325,4 (+)	46	333,7	410,3	33	* 242,5	* 255,5
2009	80	291,4	307,3	45	325,5	363,7	35	* 256,7	* 259,8

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 significativement plus élevé ou plus faible 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A13 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup>  
chez les hommes et les femmes, RLS de la Minganie, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	18	* 255,4	* 543,1 (+)	----	* 394,7	* 837,6 (+)	X	** n.p	** n.p
1985	10	* 141,7	* 277,2	----	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1986	----	* 126,1	** n.p	----	** n.p	** n.p	X	** n.p	** n.p
1987	18	* 251,0	* 430,4	----	* 360,9	* 701,2 (+)	----	** n.p	** n.p
1988	16	* 223,5	* 359,8	----	** n.p	** n.p	----	** n.p	** n.p
1989	16	* 223,1	* 439,7	----	** n.p	** n.p	----	** n.p	** n.p
1990	17	* 236,8	* 381,9	----	* 377,3	* 711,5	X	** n.p	** n.p
1991	13	* 181,3	* 285,3	6	** n.p	** n.p	7	** n.p	** n.p
1992	13	* 182,3	* 266,4	----	* 271,6	* 437,6	X	** n.p	** n.p
1993	12	* 168,7	* 269,6	----	* 271,3	* 496,0	X	** n.p	** n.p
1994	11	* 155,9	* 242,9	----	** n.p	** n.p	----	** n.p	** n.p
1995	19	* 270,6	* 427,3	----	* 360,0	* 634,3	----	** n.p	** n.p
1996	15	* 214,0	* 309,6	----	* 249,8	** n.p	----	** n.p	** n.p
1997	18	* 257,1	* 355,8	----	* 391,3	* 569,4	X	** n.p	** n.p
1998	16	* 230,8	* 300,9	10	* 283,0	* 378,7	6	** n.p	** n.p
1999	23	* 331,5	* 435,3	----	* 310,8	* 440,5	----	* 353,0	* 446,7
2000	14	* 204,0	* 246,5	9	* 256,6	** n.p	5	** n.p	** n.p
2001	21	* 307,4	* 371,2	15	* 432,9 (+)	* 595,7	6	** n.p	** n.p
2002	16	* 237,0	* 278,1	----	* 350,6	* 461,8	X	** n.p	** n.p
2003	13	* 195,4	* 215,9	----	* 265,9	** n.p	X	** n.p	** n.p
2004	14	* 214,1	* 236,8	----	* 331,3	* 405,7	X	** n.p	** n.p
2005	22	* 337,6	* 373,5 (+)	13	* 394,1	* 493,2	9	* 279,8	** n.p
2006	25	* 390,4	* 421,3 (+)	18	* 558,1 (+)	* 667,1 (+)	7	** n.p	** n.p
2007	17	* 268,3	* 289,3	5	** n.p	** n.p	12	* 379,3	* 369,8
2008	17	* 268,3	* 277,5	10	* 315,6	* 351,1	7	** n.p	** n.p
2009	22	* 347,1	* 349,6	13	* 410,9	* 468,9	9	* 283,5	** n.p

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 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.

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

---- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle de ce tableau ou d'un autre tableau.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

## ANNEXE C

**Tableau A14 – Nombre de décès, taux bruts et ajustés<sup>1</sup> (pour 100 000) de décès par cancer<sup>2</sup> chez les hommes et les femmes, RLS de la Basse-Côte-Nord, 1984-2009**

Année	Sexes réunis			Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté	Nombre	Taux brut	Taux ajusté
1984	12	* 202,0	* 486,0	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1985	7	** n.p.	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1986	X	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1987	11	* 181,7	* 361,0	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1988	9	* 149,6	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1989	5	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1990	12	* 199,3	* 347,7	----	* 293,3	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1991	5	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1992	13	* 216,7	* 378,5	8	** n.p.	** n.p.	5	** n.p.	** n.p.
1993	11	* 181,6	* 316,7	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1994	10	* 166,1	* 254,2	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1995	11	* 184,1	* 307,2	6	** n.p.	** n.p.	5	** n.p.	** n.p.
1996	8	** n.p.	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1997	11	* 187,4	* 321,5	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
1998	15	* 256,5	* 359,0	10	* 333,9	* 478,1	5	** n.p.	** n.p.
1999	7	** n.p.	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
2000	11	* 190,6	* 269,3	5	** n.p.	** n.p.	6	** n.p.	** n.p.
2001	8	** n.p.	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
2002	13	* 229,0	* 306,7	----	* 307,5	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
2003	11	* 195,9	* 240,8	6	** n.p.	** n.p.	5	** n.p.	** n.p.
2004	12	* 214,9	* 270,2	7	** n.p.	** n.p.	5	** n.p.	** n.p.
2005	14	* 250,8	* 293,1	----	* 386,8	* 487,2	X	** n.p.	** n.p.
2006	12	* 216,1	* 247,2	----	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.
2007	8	** n.p.	** n.p.	X	** n.p.	** n.p.	----	** n.p.	** n.p.
2008	14	* 257,9	* 280,7	8	** n.p.	** n.p.	6	** n.p.	** n.p.
2009	17	* 316,2	* 333,2	11	* 402,2	* 456,1	6	** n.p.	** n.p.

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.

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

\*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Le taux n'est pas présenté en raison de son imprécision trop élevée.

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

---- La valeur de la cellule est masquée afin de ne pas déduire, par soustraction, la valeur d'une cellule confidentielle de ce tableau ou d'un autre tableau.

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

2. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 = 170-172, 174-208 pour les années 1984 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. Idéalement, il faut s'abstenir de le faire.

Note : Puisque les tests statistiques nécessaires n'ont pas été effectués, le lecteur est fortement invité à ne pas tirer de conclusions au regard des écarts apparents entre les taux, car elles risqueraient d'être erronées. En outre, pour comparer la Côte-Nord ou les RLS au reste du Québec et tirer des conclusions, il faut se servir des taux ajustés et non des taux bruts, car les taux ajustés permettent de contrôler l'effet des structures d'âge différentes des populations. L'information relative aux taux bruts est donnée afin de représenter le fardeau réel de la mortalité par cancer dans les populations concernées.

