

# La santé recherchée

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

Volume 1 Numéro 3

Septembre 2002



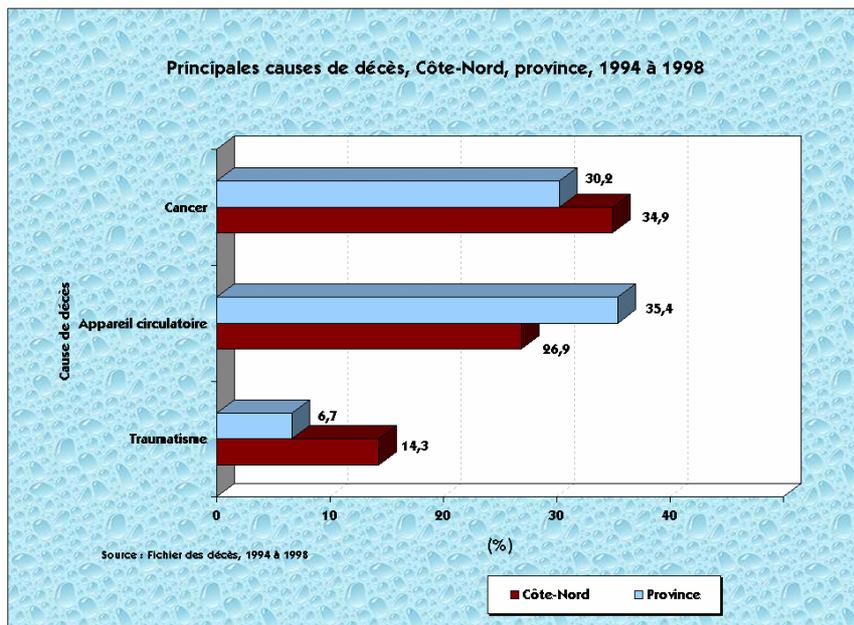
## Le cancer

### Les principaux sièges du cancer

Les cancers affectent l'état de santé de la population nord-côtière de façon significative. À preuve, de 1994 à 1998, ils représentent la première cause de décès dans la région (34,9 %), devançant ainsi les maladies de l'appareil circulatoire (26,9 %) et l'ensemble des traumatismes (14,3 %). Rappelons que les traumatismes se divisent en deux catégories : les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels. Ces derniers

comprennent les suicides et les homicides. Parmi les traumatismes non intentionnels, on retrouve principalement les noyades, les intoxications accidentelles, les chutes non intentionnelles, les incendies, les brûlures, les blessures liées aux activités sportives et récréatives ainsi que les accidents impliquant des véhicules à moteur.

Au Québec, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès (35,4 %), suivi par les cancers (30,2 %) et les traumatismes (6,7 %).



Chaque année, en moyenne, 399 nouveaux cas de cancer et 194 décès causés par cette

maladie sont recensés sur le territoire nord-côtière.



### Incidence et mortalité selon certains sièges de cancer, Côte-Nord, 1994 à 1998

| Siège de cancer                                   | Incidence <sup>5</sup> |                   |                   |                   | Mortalité           |                   |                   |                   |
|---|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   | Côte-Nord              |                   |                   | Province          | Côte-Nord           |                   |                   | Province          |
|   | Nombre <sup>1</sup>    | Taux <sup>2</sup> | Rang <sup>3</sup> | Taux <sup>2</sup> | Nombre <sup>1</sup> | Taux <sup>2</sup> | Rang <sup>3</sup> | Taux <sup>2</sup> |
| Trachée, bronches, poumons (CIM 162)              | 91                     | 116,8 (+)         | 3                 | 75,9              | 72                  | 96,4 (+)          | 4                 | 64,6              |
| Sein chez la femme (CIM 174)                      | 50                     | 112,5             | 7                 | 110,8             | 13                  | 31,7 *            | 8                 | 32,1              |
| Côlon (CIM 153) et rectum (CIM 157)               | 49                     | 62,2              | 2                 | 56,0              | 16                  | 21,9 *            | 16                | 26,5              |
| Prostate (CIM 185)                                | 30                     | 84,4 *            | 15                | 99,5              | 8                   | 32,1 *            | 7                 | 30,1              |
| Estomac (CIM 151)                                 | 16                     | 22,0 *            | 1                 | 11,1              | 11                  | 14,9 *            | 1                 | 8,5               |
| <b>Tous les cancers (CIM 140-208)<sup>4</sup></b> | <b>399</b>             | <b>490,2 (+)</b>  | <b>2</b>          | <b>423,6</b>      | <b>194</b>          | <b>265,6</b>      | <b>4</b>          | <b>219,5</b>      |

Source : Institut national de santé publique du Québec, tableaux de bord pour le PQLC, 2002.

\* Valeur imprécise à interpréter avec prudence en raison du faible nombre de cas. Coefficient de variation entre 16,5 % et 33,3 %.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

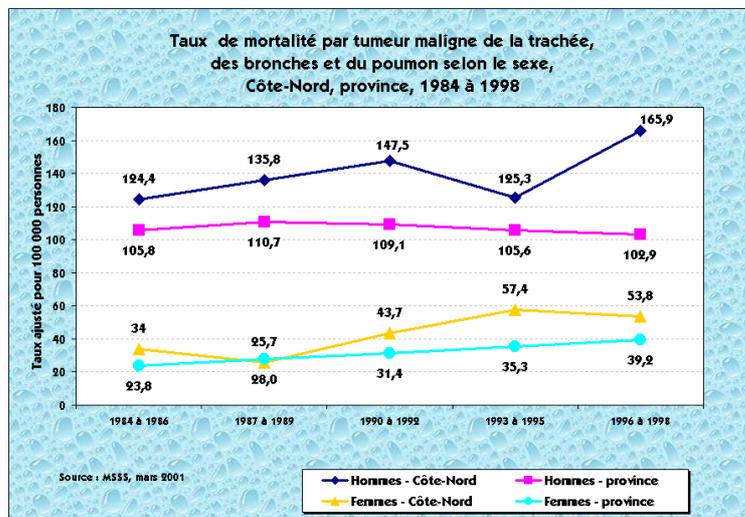
1. Nombre annuel moyen.
2. Taux p. 100 000 personnes ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 1996.
3. Rang parmi l'ensemble des 18 régions sociosanitaires. La valeur 1 est la plus élevée.
4. Excluant les tumeurs de la peau autre que mélanome (CIM 173).
5. Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet de médecin et traités à l'hôpital sur une base externe, sans passer par l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, ne sont pas déclarés au fichier des tumeurs. Toute personne inscrite en chirurgie d'un jour, au Québec, avec un diagnostic de cancer est inscrite au fichier. Le diagnostic du cancer est basé sur le diagnostic principal tel que consigné au fichier Med-Echo, seule source alimentant le fichier des tumeurs. Certains cas déclarés seulement lors du décès ne sont pas enregistrés, ce qui entraîne une sous-déclaration pour certains sièges de cancer présentant un faible taux de survie, comme le cancer du pancréas.

### Le cancer du poumon

Le cancer du poumon constitue le plus important type de tumeurs malignes sur la Côte-Nord. À lui seul, il occasionne 91 nouveaux cas de cancer par année en moyenne, constituant ainsi un taux d'incidence supérieur à celui de la province (116,8 n. cas pour 100 000 personnes comparativement à 75,9 n. cas). De plus, le cancer du poumon est à l'origine du plus grand nombre de décès par tumeurs malignes dans la région, soit 72 annuellement. Le taux de mortalité régional pour ce type de cancer est d'ailleurs supérieur au taux provincial (96,4 décès

pour 100 000 personnes comparativement à 64,6 décès).

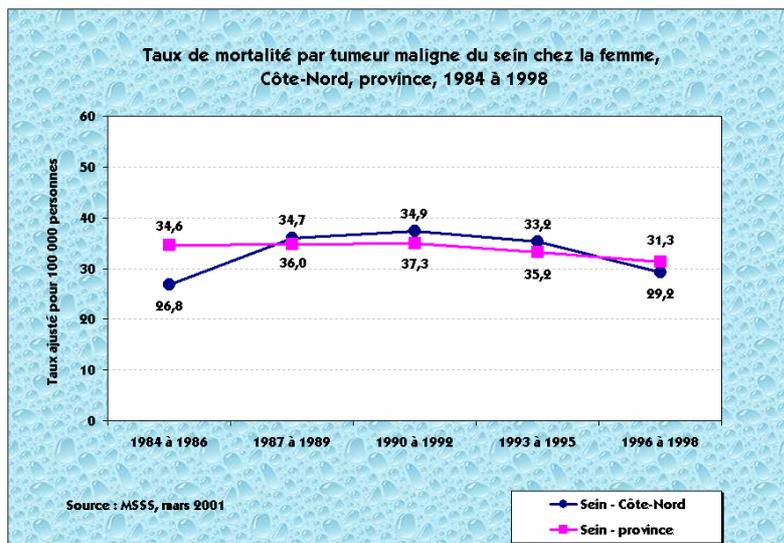
Par ailleurs, le cancer du poumon affecte davantage les Nord-Côtiers que les Nord-Côtières (165,9 décès pour 100 000 hommes comparativement à 53,8 décès pour 100 000 femmes). Entre 1984 et 1998, les taux de décès occasionnés par ce type de cancer sont à la hausse parmi la population nord-côtère, tant chez les hommes que chez les femmes. Dans l'ensemble de la province, on observe alors un léger accroissement du taux de cancer du poumon parmi la population féminine uniquement.



## Le cancer du sein

Le cancer du sein est au second rang quant au nombre de nouveaux cas de tumeurs malignes enregistrés, soit 50 à chaque année en moyenne. Contrairement au cancer du poumon, le taux d'incidence observé sur la Côte-Nord pour ce type de tumeur est comparable à celui enregistré à l'échelle du Québec (112,5 nouveaux cas pour 100 000 femmes comparativement à 110,8 nouveaux cas). Le

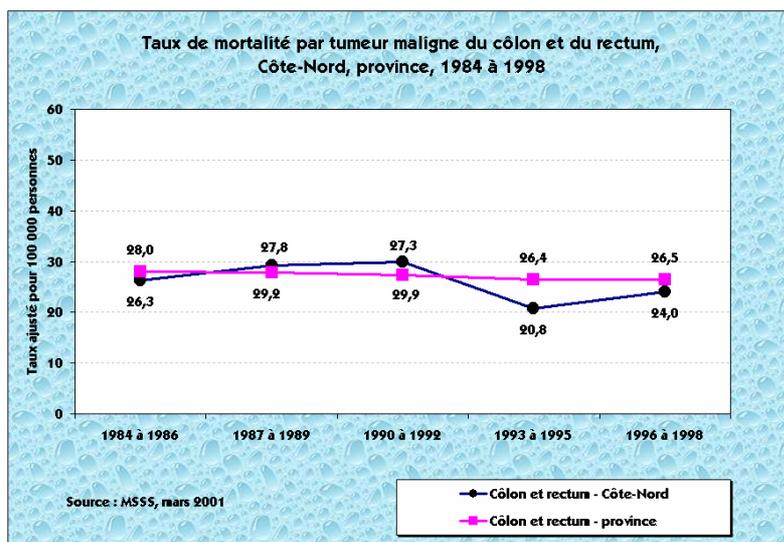
cancer du sein tue environ 13 Nord-Côtières chaque année. Le taux de décès pour cette cause se compare à la donnée provinciale (31,7 décès pour 100 000 femmes comparativement à 32,1 décès). De 1984 à 1998, le taux de décès par cancer du sein est demeuré relativement stable dans la région et au Québec, malgré une légère tendance à la hausse du phénomène sur la Côte-Nord à la fin des années 80.



## Le cancer du côlon et du rectum

Bon an mal an, on enregistre sensiblement le même nombre de nouveaux cas de cancer du côlon et du rectum dans la population nord-côtière que dans le cas du cancer du sein chez la femme, soit 49 en moyenne. Sur la Côte-

Nord, les taux d'incidence et de décès attribués à ce cancer sont comparables à ceux calculés pour l'ensemble de la population québécoise. De 1984 à 1998, le taux de décès par cancer du côlon et du rectum est demeuré relativement stable dans la région et dans l'ensemble de la province.



## Le cancer de la prostate

Chaque année, environ 30 nouveaux cas de cancer de la prostate se développent parmi la population nord-côtière masculine. Sur la Côte-Nord, le taux d'incidence pour ce type de cancer est comparable à celui se rapportant à l'ensemble des hommes québécois. Le nombre de décès causé chaque année par le cancer de la prostate dans la région est relativement faible comparativement à d'autres sièges cancéreux, soit 8 en moyenne. Le taux de décès nord-côtier pour ce type de cancer se compare au taux provincial (32,1 décès pour 100 000 hommes comparativement à 30,1 décès).

## Le cancer de l'estomac

Dans la région, le cancer de l'estomac arrive au cinquième rang en ce qui a trait au nombre de nouveaux cas engendrés, soit 16 en moyenne annuellement. La Côte-Nord détient le plus important taux d'incidence par cancer de l'estomac de toutes les régions du Québec (22 nouveaux cas pour 100 000 personnes). Le faible nombre de cas ne permet cependant pas de faire ressortir un écart statistiquement significatif entre les taux d'incidence régional et provincial. Pour ce qui est du taux de mortalité, la région se classe également en tête de liste des territoires administratifs québécois (14,9 décès pour 100 000 personnes), bien qu'elle ne se distingue pas de façon significative du taux provincial.

## Les admissions hospitalières

De 1995 à 2000, les cancers ont été à l'origine de 847 admissions hospitalières en moyenne à chaque année chez la population nord-côtière. Ceci équivaut à 6,5 % du total des hospitalisations (en excluant les naissances vivantes. Notons qu'il s'agit ici exclusivement de soins de courte durée. Durant cette période, les hospitalisations ont duré environ 10,7 jours en moyenne. Au total, environ 9 000 journées hospitalières ont été enregistrées annuellement pour combattre cette maladie. Les séjours en milieu hospitalier de la population nord-côtière ont alors varié entre 1 et 280 jours. Toutefois, 50 % de ces séjours n'ont pas dépassé 6 jours et 80 % des visites à l'hôpital n'ont pas duré plus de 15 jours.

Le nombre d'admissions hospitalières occasionnées par une tumeur a fluctué en dent de scie ces dernières années, passant de 885 en 1995-1996 à 902 l'année suivante, pour redescendre à 806 en 1997-1998 puis remonter par la suite à 842 en 1998-1999.

Les cancers du poumon (18,4 %), du sein (7,4 %) et du côlon-rectum (8,4 %) ont requis à eux seuls plus du tiers des admissions hospitalières par cancer. Par ailleurs, le séjour moyen à l'hôpital d'un patient atteint du cancer peut varier beaucoup selon le type de tumeur en présence. Par exemple, il est de 7 jours dans le cas d'un cancer du sein alors qu'il est plus du double pour un cancer de l'estomac (15,9 jours).

Admissions hospitalières<sup>1</sup> selon certains sièges de cancer, diagnostics principaux, soins de courte durée, Côte-Nord, avril 1995 à mars 2000

| Siège de cancer                           | 1995<br>à<br>1996 | 1996<br>à<br>1997 | 1997<br>à<br>1998 | 1998<br>à<br>1999 | 1999<br>à<br>2000 | Séjour<br>médian<br>1995 à 2000<br>(jour) | Séjour<br>moyen<br>1995 à 2000<br>(jour) | Adm. hosp./<br>total des<br>adm. hosp.<br>par cancer<br>1995 à 2000<br>(%) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|--|--|
| Trachée, bronches, poumons<br>(CIM 162)   | 176               | 205               | 132               | 145               | 120               | 8   | 12,1                                     | 18,4   |
| Sein chez la femme<br>(CIM 174)           | 59                | 63                | 63                | 69                | 61                | 3   | 7,0                                      | 7,4  |
| Côlon (CIM 153) et rectum<br>(CIM 154)    | 67                | 56                | 64                | 82                | 88                | 10  | 14,2                                     | 8,4  |
| Prostate (CIM 185)                        | 31                | 33                | 28                | 26                | 19                | 7   | 8,8                                      | 3,2  |
| Estomac (CIM 151)                         | 26                | 29                | 28                | 22                | 29                | 11  | 15,9                                     | 3,2  |
| Autres cancers                            | 526               | 516               | 491               | 498               | 481               | 6   | 10,0                                     | 59,4   |
| <b>Tous les cancers<br/>(CIM 140-239)</b> | <b>885</b>        | <b>902</b>        | <b>806</b>        | <b>842</b>        | <b>798</b>        | <b>6</b>                                  | <b>10,7</b>                              | <b>100,0</b>   |

Source : Fichiers Med-Écho, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1994 à mars 2000.

1. Soins de courte durée uniquement. Ne comprend pas les soins de longue durée et les soins d'un jour.



## Le taux de rétention de la population

Le taux de rétention de la population est une mesure de la capacité d'une région de répondre aux demandes de service de sa population. Pour une période donnée, plus l'indice est élevé, plus cette région est capable de répondre aux demandes de service de sa population résidente.

Les deux tiers des admissions hospitalières pour un cancer de la population nord-côtière sont réalisées dans les établissements de la région (65,5 %). Au Québec, plus des trois quarts des patients hospitalisés pour la même

cause reçoivent des soins dans leur région d'origine (78,2 %).

Comme on le savait déjà, la Côte-Nord n'a donc pas toutes les ressources nécessaires pour répondre à tous les besoins en oncologie de sa population. Toutefois, le taux de rétention varie énormément selon les sièges du cancer. Par exemple, ce dernier est passablement élevé pour les cancers du sein (80,3 %) ou du côlon-rectum (80,5 %). Le taux de rétention est quant à lui beaucoup plus faible dans le cas du cancer du poumon (65,8 %).

Taux de rétention et indice de dépendance pour les trois principaux sièges de cancer, Côte-Nord, avril 1999 à mars 2000

| Siège de cancer                                   | Hospitalisation <sup>1</sup> (avril 1999 à mars 2000)  |             |  |             |
|---|--|-------------|--|-------------|
|   | Taux de rétention de la population <sup>2</sup><br>(%) |             | Indice de dépendance de la ressource <sup>3</sup><br>(%) |             |
|   | Côte-Nord  | Province    | Côte-Nord  | Province    |
| Trachée, bronches, poumons (CIM 162)              | 65,8   | 80,2        | 100,0  | 80,2        |
| Sein chez la femme (CIM 174)                      | 80,3   | 81,6        | 100,0  | 81,6        |
| Côlon (CIM 153) et rectum (CIM 157)               | 80,5   | 87,2        | 98,6   | 87,2        |
| <b>Tous les cancers (CIM 140-239)<sup>4</sup></b> | <b>65,5</b>  | <b>78,2</b> | <b>99,6</b>  | <b>78,2</b> |

Source : Institut national de santé publique du Québec, tableaux de bord pour le PQLC, 2002.

1. Soins de courte durée uniquement. Ne comprend pas les soins de longue durée et les soins d'un jour, les hospitalisations de type «hôpital à domicile», celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.
2. Rapport, pour une année financière donnée, du nombre d'hospitalisations observées pour les résidents d'une région donnée ayant été traités dans leur région de résidence, au nombre total d'hospitalisations des résidents de cette région, quel que soit le lieu du traitement, durant la même année financière.
3. Rapport, pour une année financière donnée, du nombre d'hospitalisations observées pour les résidents d'une région donnée ayant été traités dans leur région de résidence, au nombre total d'hospitalisations enregistrées dans cette région, quel que soit le lieu de résidence, durant la même année financière.
4. Excluant les tumeurs de la peau autre que mélanome (CIM 173).

## L'indice de dépendance de la ressource

L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux à la suite des demandes de service provenant des autres régions. Plus l'indice est faible dans une région, plus cette dernière tend à fournir des services aux personnes ne résidant pas sur son territoire.

Presque toutes les admissions hospitalières pour cancers réalisées dans les établissements de la Côte-Nord concernent la population de cette région (99,6 %). Cet indice de dépendance de la ressource extrêmement élevé permet de conclure que la région ne soigne que très peu de patients provenant de d'autres territoires administratifs.



## Un état de situation sur l'organisation des services en oncologie

Adopté en 1998, le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) offre, pour la première fois dans ce domaine, une perspective d'ensemble sur les différentes mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer. Il touche autant la prévention, la promotion, le dépistage précoce que le traitement, le soutien et les soins palliatifs. En mars 2001, le Comité de direction du Ministère donnait son aval à la création du *Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec* (CCLCQ). Un des points importants du plan d'action général 2001-2002 du CCLCQ vise la modernisation de la lutte au cancer par différentes actions dont l'intensification de la lutte contre le cancer dans les régions. Une des premières étapes à franchir pour contribuer à l'atteinte de l'objectif de la *Stratégie régionale d'intégration des services en matière de lutte au cancer* est de revoir et mettre à jour, pour l'ensemble des régions, les modes de distribution et d'organisation des services en matière de lutte contre le cancer afin d'améliorer l'accès à des services intégrés et de minimiser les délais.

À l'hiver 2002, les établissements nord-côtiers du réseau de la santé ont été mis à contribution pour participer à une démarche visant à dresser le portrait des activités déployées auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches. À l'automne 2002, d'autres organismes impliqués dans la lutte contre le cancer seront à leur tour invités à compléter les informations pour les différents volets abordés : la promotion de la santé et la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement et la réadaptation, l'adaptation et le soutien, les soins palliatifs, la formation continue du personnel et des bénévoles, la surveillance épidémiologique du cancer, la recherche, le soutien à la qualité et les processus d'évaluation. Cet état de situation servira d'élément de mobilisation pour la mise en place d'un comité régional de lutte contre le cancer qui s'en servira pour l'élaboration d'une stratégie régionale de lutte contre le cancer.

**Marielle Richard**  
Agente de planification et de programmation  
**Michel Des Roches**  
Agent de recherche  
Régie régionale Côte-Nord

### Ouvrages consultés

DES ROCHES, Michel et Yves THERRIAULT. *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998 pour la région de la Côte-Nord*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2000, 544 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tableaux de bord pour l'élaboration d'un état de situation régional dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer*, janvier 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, mars 2001, 253 p.

PAGEAU, Michel et collaborateurs. *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2001, 432 p.

**Pour plus d'informations, contactez :**

➔ Michel Des Roches  
☎ (418) 589-9845  
✉ Michel\_DesRoches@ssss.gouv.qc.ca  
Lotus Notes : Michel.DesRoches/RR/Reg09/SSSS

**Comité de rédaction :**

© Suzan Bélanger  
Traitement de texte et mise en page

© Nicole Boudreau  
Chef du service en connaissance, surveillance,  
recherche et évaluation

© Raynald Cloutier, m.d.  
Directeur régional de la santé publique

© Robert Lévêque  
Service des communications

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1703-4620

 RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
CÔTE-NORD  
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

