



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

Présentation

Ce numéro présente certaines données sommaires relatives à l'incidence du cancer sur la Côte-Nord. Ce texte résume le numéro de mars 2014 de « La santé recherchée » disponible sur le site Web de l'Agence¹. La question de la prévention secondaire et la prévention tertiaire est également esquissée. Deux tableaux sur les dépistages recommandés et non recommandés complètent cette présentation.

Mortalité par Cancer (faits saillants)

- Le cancer constitue la première cause de mortalité chez les hommes et les femmes, et ce, sur la Côte-Nord et dans le reste du Québec. Pour 2005-2009, il est responsable de 40 % des décès dans la population masculine nord-côtière (142 décès par année) comparativement à 36 % chez les Nord-Côtières (101 décès par année) (données non présentées).
- On observe une légère tendance à la hausse, mais non significative statistiquement, du taux ajusté de mortalité chez les hommes en 1995-1999 (413 pour 100 000) en regard de 1985-1989 (399 pour 100 000). Aucune variation significative n'émerge chez les femmes (de 213 à 218 décès pour 100 000). En 2005-2009, on note une légère tendance à la baisse du taux de mortalité chez les hommes (344 pour 100 000) en regard de 2000-2004 (380 pour 100 000), mais une faible tendance à la hausse chez les Nord-Côtières (223 c. 211 pour 100 000) (données non présentées).
- Cancer du poumon :
 - ✓ En 2005-2009, tout comme lors des autres périodes, il s'agit du cancer qui tue le plus de personnes sur la Côte-Nord chez les deux sexes (90 décès en moyenne par année pour l'ensemble de la population en 2005-2009). À chacune des périodes quinquennales, la Côte-Nord affiche une mortalité par cancer du poumon significativement plus élevée que le reste de la population québécoise (tableau 1). Sur la Côte-Nord, à l'instar du reste du Québec, le taux de décès des hommes surpasse celui des femmes. On remarque une hausse significative du taux de mortalité chez les Nord-Côtières entre 1985-1989 et 1995-1999 (de 34 à 60 décès pour 100 000). Dans le cas des hommes, une tendance à la hausse émerge, mais elle s'avère non significative (de 151 à 176 pour 100 000) entre 1985-1989 et 1995-1999 (données non présentées).
- Cancer colorectal :
 - ✓ Il se situe au second rang quant au nombre de décès par cancer sur la Côte-Nord (25 par année en 2000-2004 et 22 annuellement en 2005-2009). En 2005-2009, le taux ajusté de décès de l'ensemble de la population régionale a reculé significativement par rapport à 2000-2004 (26 c. 34 pour 100 000) (tableau 1). Pour chacun des sexes, les taux de mortalité tendent aussi à diminuer, mais les variations ne sont pas significatives. Pour le reste du Québec, les baisses se révèlent significatives à la fois chez les hommes et chez les femmes (données non présentées).
- Cancer du sein :
 - ✓ Du côté des Nord-Côtières, entre 2000-2004 et 2005-2009, le nombre de décès passe de 9 à 13 par année. On remarque une tendance à la hausse (non significative) du taux de mortalité pendant cette période (de 23 à 29 décès pour 100 000), mais une baisse significative chez les autres Québécoises (de 34 à 31 par 100 000). Fait à noter, les Nord-Côtières affichent, en 2000-2004, un taux ajusté de mortalité plus faible que les autres Québécoises (23 c. 34 pour 100 000). Chez les Nord-Côtières, on a enregistré, en moyenne, un plus grand nombre de décès par cancer du sein que par cancer colorectal en 2005-2009. Toutefois, si le taux ajusté de mortalité par cancer du sein de cette période tend à être un peu plus élevé que le taux par cancer colorectal (29 c. 21 pour 100 000), l'écart ne se révèle pas significatif.
- Cancer de la prostate :
 - ✓ On observe 8 à 9 décès par année chez les Nord-Côtiers de 2000-2004 à 2005-2009. Nonobstant cette stabilité, leur taux de mortalité tend à baisser (de 32 à 23 décès pour 100 000). Chez les autres hommes du Québec, le recul observé se révèle significatif (29 c. 23 pour 100 000). Les hommes de la région affichent un taux de mortalité similaire à celui des autres Québécois, et ce, peu importe la période quinquennale. peu importe la période (tableau 1).

1. Voir : <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Default.aspx?section=static&id=717>.

Tableau 1 - Taux ajusté¹ (pour 100 000) de décès par cancer selon certains sièges, Côte-Nord et reste du Québec, 1985-1989 à 2005-2009

Siège du cancer	1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
	n ²	Taux ajusté ¹	n ²	Taux ajusté ¹	n ²	Taux ajusté ¹	n ²	Taux ajusté ¹	n ²	Taux ajusté ¹
Poumon³										
Côte-Nord	45	91,8 (+)	60	109,9 (+)	74	113,9 (+) +	76	99,8 (+)	90	101,6 (+)
Reste du Québec	3 607	75,1	4 276	77,5	4 727	76,8	5 096	74,1	5 595	72,1
Colorectal⁴										
Côte-Nord	17	38,3	18	33,9	18	29,3	25	34,3	22	25,7 ↓
Reste du Québec	1 741	37,7	1 932	36,1	2 079	34,6	2 139	31,4	2 268	29,2
Sein chez la femme⁵										
Côte-Nord	11	38,0	14	45,7	11	29,1 ↓	9	23,4 (-)	13	28,9
Reste du Québec	1 130	41,8	1 287	41,3	1 287	37,3	1 287	33,5	1 303	30,6
Prostate⁶										
Côte-Nord	8	* 49,5	6	* 33,1	8	* 32,6	9	32,4	8	22,6
Reste du Québec	662	38,8	779	39,2	779	35,0	775	29,4	725	23,0

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

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

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

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

+ Test statistique indiquant que le taux nord-côtier de 1995-1999 est significativement supérieur à celui de la période 1985-1989, au seuil de 5 %.

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

2. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer.

3. (CIM-9 = 162 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C33-C34 à partir de 2000).

4. (CIM-9 = 153-154; 159,0 pour les années 1985 à 1999) et (CIM-10 = C18-C21; C26,0 à partir de 2000).

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

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

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

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

Quels cancers faut-il 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 abordés². Le tableau 2 présente une synthèse concernant les dépistages recommandés pour certains types de cancer chez les adultes. Le tableau 3 présente les mêmes informations, mais pour les dépistages non recommandés.

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

Tableau 2 - Synthèse relative aux dépistages recommandés de certains sièges de cancer chez l'adulte

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

Tableau 3 - Synthèse relative aux dépistages non recommandés ou controversés chez l'adulte

Siège du cancer	Groupe cible	Recommandation
Prostate ³	Hommes de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie d'au moins 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible) Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ses patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte) Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)
	Hommes de moins de 55 ans à plus haut risque (antécédents familiaux ou homme de race noire)	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins peuvent envisager le dépistage du cancer de la prostate. (Recommandation faible) Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ses patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte) Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)
	Hommes de plus de 70 ans ou avec une espérance de vie inférieure à 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans. (Recommandation forte)
Poumon	Personnes de 40 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> Aucune recommandation de dépistage systématique. Pour dépister le cancer du poumon, ni la radiographie, ni la cytologie des expectorations n'exercent d'influence positive sur la réduction de la mortalité.
Peau	Tous âges confondus	<ul style="list-style-type: none"> L'Association des dermatologistes du Québec (2013) encourage la surveillance des lésions cutanées surtout chez les individus ayant des antécédents personnels ou familiaux positifs de cancers de la peau, ceux qui sont immunosupprimés, les adeptes du bronzage, les blonds ou les roux, ceux qui ont reçu des traitements de photothérapie, ceux qui font fréquemment des activités extérieures ou qui ont eu des coups de soleil en bas âge. Il faut utiliser son jugement clinique en présence d'une lésion atypique, évolutive ou qui ne guérit pas.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1927-4947

Yves Therriault, Ph. D.
Agent de planification, de programmation et de recherche
Équipe de surveillance et évaluation
Direction de santé publique



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