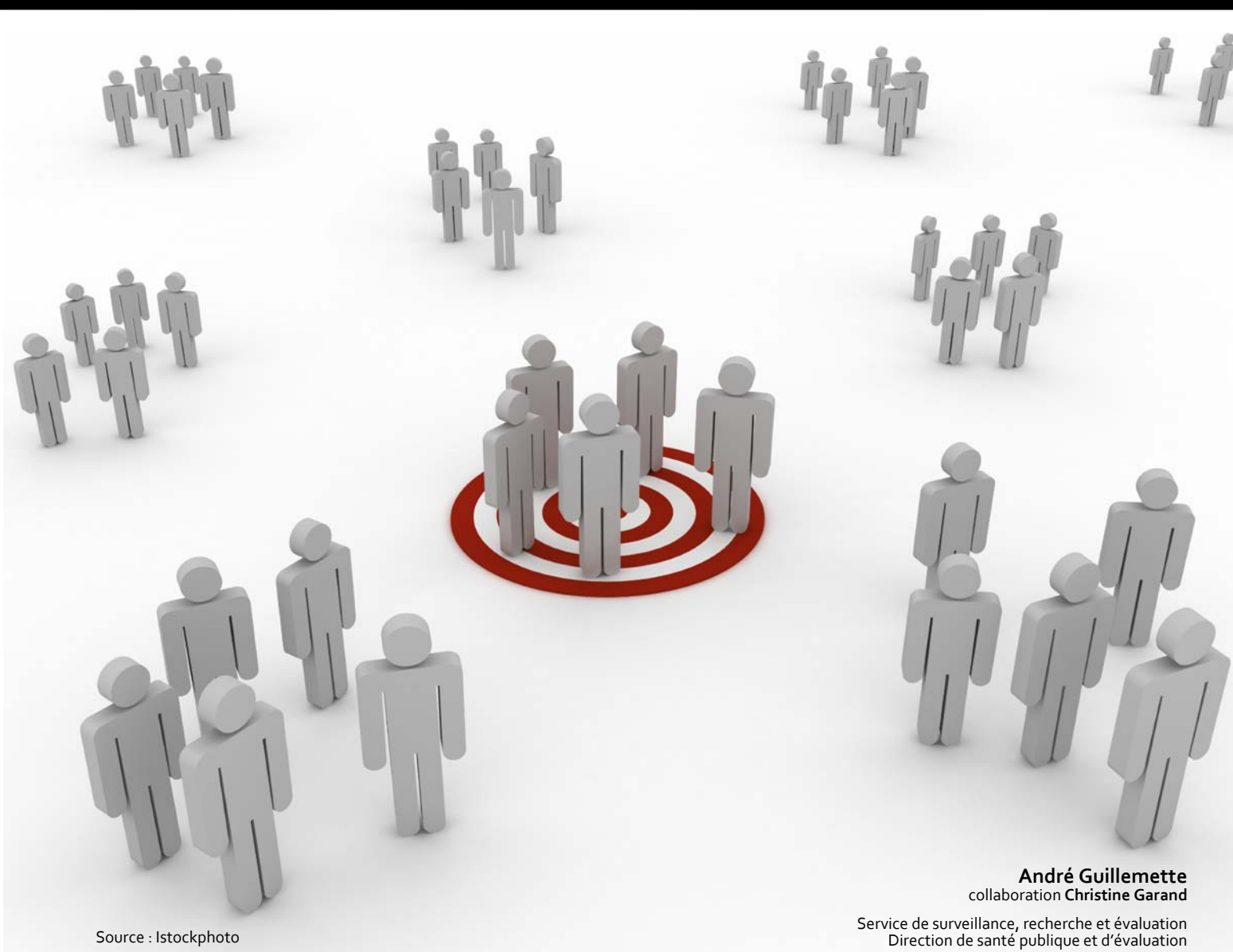


LE CANCER

2^e édition



Source : Istockphoto

André Guillemette
collaboration Christine Garand

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques affectent une part appréciable de la population Lanaudoise. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, près de 40 % des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9 % déclarent être affectés par deux problèmes de santé chroniques et environ 7 % disent en subir trois ou plus. Quelles que soient leur gravité et leur nature, ces maladies ralentissent les activités, nuisent à la qualité de vie, génèrent du stress et mobilisent des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux.

La prévalence élevée des maladies chroniques peut s'expliquer par la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que leur apparition dépend de facteurs de risque comportementaux, physiques, économiques et sociaux sur lesquels il est possible d'intervenir. C'est pourquoi il importe de mieux comprendre les particularités de la population Lanaudoise pour prévenir efficacement ces maladies et réduire leurs conséquences.

Pour mieux connaître les maladies chroniques, le Service de surveillance, recherche et évaluation produit une série de monographies. Elles regroupent des données actualisées sur les principales maladies chroniques et leurs déterminants. Ce document traite du cancer. Les autres explorent le diabète, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, les maladies musculosquelettiques, les maladies neurodégénératives, les maladies mentales et les facteurs de risque associés.

Ces documents s'adressent à la population, aux intervenants et aux décideurs des établissements, des communautés, des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés, tant en matière de prévention et de promotion de la santé que de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Le service souhaite ainsi soutenir la planification sociosanitaire et la prise de décision des organisations pour lesquelles la prévention et la gestion des maladies chroniques sont une priorité régionale.

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants.....	4
Constat.....	4
Introduction	5
Les maladies chroniques	6
1. L'ENSEMBLE DES CANCERS.....	7
1.1 La prévalence du cancer	8
1.2 L'incidence du cancer.....	9
1.3 Le cancer et l'état de santé.....	10
1.4 La morbidité hospitalière par cancer	11
1.5 La mortalité par cancer	12
2. LE CANCER DU POUMON	13
2.1 L'incidence du cancer du poumon	13
2.2 La morbidité hospitalière par cancer du poumon	14
2.3 La mortalité par cancer du poumon	15
3. LE CANCER COLORECTAL.....	16
3.1 L'incidence du cancer colorectal	16
3.2 La morbidité hospitalière par cancer colorectal.....	17
3.3 La mortalité par cancer colorectal.....	17
3.4 Le dépistage du cancer colorectal.....	18
4. LE CANCER DU SEIN	18
4.1 L'incidence du cancer du sein	19
4.2 La morbidité hospitalière par cancer du sein	19
4.3 La mortalité par cancer du sein	20
4.4 Le dépistage du cancer du sein	20
5. LE CANCER DE LA PROSTATE.....	21
5.1 L'incidence du cancer de la prostate	21
5.2 La morbidité hospitalière par cancer de la prostate.....	22
5.3 La mortalité par cancer de la prostate.....	22
5.4 Le dépistage du cancer de la prostate.....	23
6. LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET LE CANCER.....	23
7. L'ESPÉRANCE DE VIE EN L'ABSENCE DE CANCER	24
8. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LE CANCER.....	24
9. LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DU CANCER	25
10. LES CANCERS EN ÉMERGENCE	26
Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	29
Annexe 1	33
Annexe 2.....	34



FAITS SAILLANTS

- En 2007-2008, entre 1 % et 2 % des Lanaudoises et des Lanaudois souffrent d'un cancer.
- Les sièges de cancer les plus fréquents sont, selon l'ordre décroissant d'importance, ceux du sein, du poumon et du côlon-rectum chez les femmes, et du poumon, de la prostate et du côlon-rectum pour les hommes.
- L'incidence, la prévalence, la morbidité hospitalière et la mortalité associées au cancer sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes.
- Comparativement à l'ensemble de la population du Québec :
 - plus de Lanaudoises et de Lanaudois reçoivent un diagnostic ou meurent du cancer du poumon;
 - moins de Lanaudoises sont hospitalisées ou décèdent d'un cancer du sein;
 - les Lanaudois sont, en proportion, plus nombreux à être hospitalisés pour un cancer de la prostate.

PRÉVISIONS

- Le vieillissement de la population et la croissance démographique contribueront vraisemblablement à l'augmentation du nombre de Lanaudoises et de Lanaudois vivant avec un cancer.
- Le vieillissement de la population fera en sorte que certains sièges de cancer pourraient devenir prédominants. C'est le cas notamment des cancers colorectal et de la prostate.
- Les taux de mortalité par cancer devraient poursuivre une lente diminution. Les gens ayant survécu à un cancer seront plus nombreux.

Pour des informations statistiques plus détaillées, le lecteur est invité à consulter le SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca

CONSTAT

- La meilleure façon de vaincre le cancer consiste à mieux le prévenir et à offrir des services adéquats. Pour ce faire, il faut privilégier les actions suivantes :
 - promouvoir les saines habitudes de vie;
 - adopter des mesures législatives défavorables aux comportements à risque (ex. : lutte au tabagisme);
 - favoriser le développement d'environnements sains et sécuritaires;
 - favoriser le développement durable de communautés compétentes et scolarisées;
 - réduire les inégalités sociales de santé;
 - favoriser le dépistage précoce du cancer;
 - offrir, lorsque le cancer ne peut être prévenu, tous les soins requis au bon moment.

INTRODUCTION

« Cancer. Le simple mot inquiète, fait peur. Il évoque une maladie que chacun craint, un problème de santé parmi les plus lourds de conséquences pour les sociétés modernes. Si l'on interroge les citoyens quant à l'importance de divers problèmes de santé, ils considèrent souvent le cancer comme celui qui est le plus préoccupant [...]. » (Roy et autres, 2003, p. 11)

Le cancer constitue l'une des principales maladies chroniques avec les maladies de l'appareil circulatoire, les troubles respiratoires et le diabète. Dans Lanaudière, plus de 2 300 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année. Il est responsable d'un peu plus de 2 500 hospitalisations et de 1 100 décès. Sa prévalence - entre 1 % et 2 % de la population de 12 ans et plus - est certes faible, mais sa forte mortalité en fait un redoutable adversaire. Les conséquences de cette maladie pour les personnes affectées, leurs proches et la société sont substantielles.

Loin d'être toujours inévitables et incurables, plusieurs types de cancer peuvent être prévenus en adoptant un mode de vie plus sain. Certains peuvent aussi être traités avec efficacité s'ils sont diagnostiqués à temps. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a conçu le *Programme québécois de lutte contre le cancer* en 1997 et instauré le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* en 1998. L'implantation de programmes de dépistage du cancer colorectal et du col utérin est aussi envisagée. Ces actions, pour être efficaces et pertinentes, doivent reposer sur une connaissance précise de la problématique. D'où l'importance d'exercer une surveillance continue et exhaustive de son ampleur et de son évolution.

Ce rapport présente un bilan de la prévalence, de l'incidence, de la morbidité hospitalière et de la mortalité associées au cancer dans Lanaudière. Il considère aussi le cancer sous les angles de la mortalité prématurée, de l'espérance de vie en son absence et des inégalités sociales. Les derniers chapitres explorent les conséquences économiques du cancer et le préoccupant sujet des cancers en émergence. Ce document traite de l'ensemble des cancers et des quatre sièges le plus souvent diagnostiqués chez les femmes et les hommes, soit celui du poumon, du côlon-rectum, du sein et de la prostate.

Pendant longtemps, les maladies chroniques ont été considérées comme des problèmes de santé évoluant lentement et sur une longue durée. Cette définition semble, de nos jours, incomplète et pas tout à fait adaptée aux préoccupations de la santé publique. C'est pourquoi il a été jugé pertinent de retenir une définition plus large des maladies chroniques et, surtout, intégrant aussi les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Donc, les « maladies chroniques :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie);
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée » (Fortin, 2007, p. 5).

Le terme « maladies chroniques » réfère habituellement aux maladies dégénératives à forte prévalence comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer et les maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est maintenant admis d'inclure dans ce cadre tous les problèmes de santé entraînant les mêmes besoins en matière de soins pour les patients et des défis semblables en termes de prise en charge pour les services de santé. C'est le cas, par exemple, des maladies transmissibles persistantes à déclaration obligatoire, telles la tuberculose et l'infection à VIH/sida, des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie et des handicaps physiques permanents (OMS, 2003).

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés (MSSS, 2008).

1. L'ENSEMBLE DES CANCERS

Un cancer « résulte de l'interaction d'un agent cancérogène, d'un hôte vulnérable et d'un environnement propice. La maladie trouve sa cause dans la multiplication incontrôlée d'une cellule anormale dont le matériel génétique a été corrompu sous l'influence d'agresseurs biologiques, physiques ou chimiques. Signes du vieillissement cellulaire, de telles anomalies sont généralement repérées par le système immunitaire qui les détruit aussitôt, mais pas toujours; si bien que, dans certains cas, la cellule mère continue de se diviser sans entraves, pour atteindre une croissance exponentielle et se propager ailleurs dans l'organisme » (Roy et autres, 2003, p. 11). Une tumeur maligne est cancéreuse, tandis qu'une tumeur bénigne est non cancéreuse. Cette dernière ne menace pas la vie et ne se propage pas ailleurs dans le corps (SCC, 2009). Seules les tumeurs malignes sont considérées dans ce document (Classification internationale des maladies - CIM-10 = C00 à C97).

Les facteurs de risque associés au cancer sont nombreux. Certains ne sont pas modifiables et d'autres peuvent l'être. L'âge, le sexe et la prédisposition génétique sont des facteurs de risque non modifiables. De 5 % à 10 % des cas de cancer résulteraient d'anomalies génétiques héréditaires (SCC, 2009).

Le tabagisme, la sédentarité, l'obésité, les habitudes alimentaires inadéquates et l'exposition à des substances présentes dans l'environnement sont des facteurs de risque modifiables (SCC, 2009). Le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac sont directement liés au cancer du poumon. Ils sont aussi un facteur de risque pour le cancer colorectal, de la vessie, du col de l'utérus, du rein, du pancréas, de l'œsophage, du larynx et de la cavité buccale (SCC, 2010). La consommation de tabac est responsable de 30 % des décès par cancer. Un autre 30 % résulte de la mauvaise alimentation et de l'obésité, tandis que la sédentarité en occasionne 5 % et l'abus d'alcool 3 %. Au moins les deux tiers des décès par cancer seraient donc liés aux habitudes de vie. L'environnement et la pollution en seraient responsables dans une proportion de 2 % comparativement à 3 % pour les virus ou autres facteurs biologiques (CCC, 1997).

Une étude menée dans les pays européens conclut que le nombre de nouveaux cas de cancer causés par le surplus de poids est en hausse. L'embonpoint et l'obésité sont responsables d'au moins 124 000 nouveaux cas de cancer en 2008 comparativement à environ 70 300 en 2002. Cette relation entre l'excès de poids et le cancer serait plus forte chez les femmes que chez les hommes (Nelson, 2009).

Il demeure ardu de lier le cancer à des facteurs de risque environnementaux spécifiques (en milieu de travail, par exemple), même s'il existe de forts soupçons dans certains cas. Une durée d'exposition difficile à quantifier, un grand nombre d'agents cancérogènes et une longue période de latence avant l'apparition de la maladie contribuent à cette difficulté. Une multiplicité de causes associées à un seul type de cancer rend aussi hasardeuse l'identification des facteurs de risque environnementaux. Des études ont, malgré tout, mis en cause la fumée de tabac, l'amiante, les rayonnements ionisants, les pesticides, la pollution atmosphérique, l'exposition au rayonnement du soleil ou à une source artificielle d'ultraviolets, etc. (SCC, 2009).

L'offre de service de santé et sociaux peut aussi être associée au cancer. « Il est ainsi de plus en plus reconnu que les soins de santé peuvent avoir un impact sur la prévalence et la mortalité liées aux maladies chroniques. Le dépistage précoce et le traitement préventif [...] permettent d'éviter des complications et une détérioration de la santé des personnes atteintes. De plus, le counseling préventif réalisé en contexte clinique contribue aussi à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie. » (CSBE, 2010b, p. 30)

1.1 La prévalence du cancer

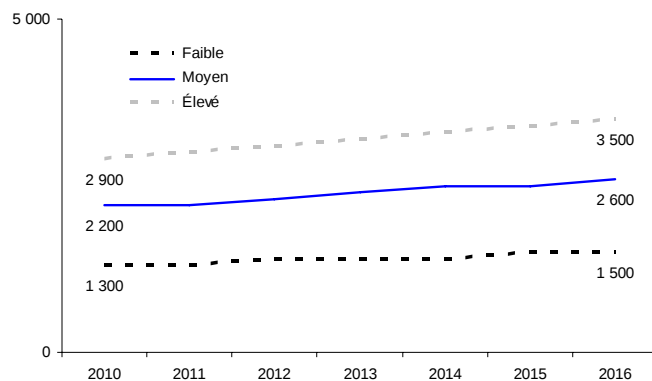
La prévalence du cancer correspond au taux d'individus diagnostiqués pour un cancer parmi une population et au cours d'une période donnée.

Selon l'*Enquête canadienne sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008*, entre 1 % et 2 % des Lanaudoises et Lanaudois de 12 ans et plus souffriraient d'au moins un cancer. Cette prévalence s'établirait à 5 % à 65 ans et plus contre environ 1 % à moins de 65 ans. La proportion de personnes avec un cancer est plus importante au sein de la population à faible revenu. Cette dernière serait plus encline à adopter des habitudes de vie néfastes à la santé telles que le tabagisme, la sédentarité et la mauvaise alimentation (Lemire, Gosselin et Monette, 2009; Lemire, 2008). Or, ces facteurs de risque sont étroitement liés au cancer (CCC, 1997).

Les prévalences du cancer calculées entre 2000 et 2008 permettent d'estimer entre 3 800 et 8 800 le nombre de Lanaudoises et de Lanaudois de 12 ans et plus affectés par au moins un cancer en 2010¹. Le nombre de cas prévalents de cancer pourrait varier de 4 700 à 10 400 en 2016. Du simple fait de la croissance démographique et du vieillissement de la population lanaudoise, la prévalence du cancer pourrait grimper d'au moins 18 % entre 2010 et 2016.

Graphique 1

Évolution du nombre de cas de cancer chez les femmes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)

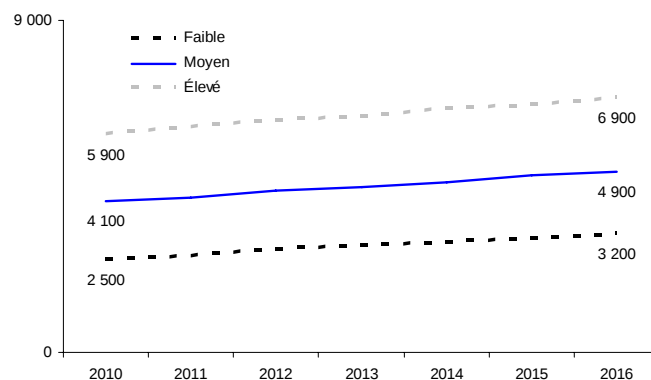


Sources : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, juin 2009. ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009. STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Peu importe le scénario considéré, les cas de cancer devraient demeurer deux fois plus fréquents chez les Lanaudois que chez les Lanaudoises.

Graphique 2

Évolution du nombre de cas de cancer chez les hommes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, juin 2009. ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009. STATISTIQUE CANADA, ESCC 200-2001, 2003, 2005 et 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009

Selon l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008*, la moitié des Lanaudoises et des Lanaudois atteints d'un cancer ont ressenti des signes ou des symptômes de la maladie avant qu'elle ne soit diagnostiquée. Cette proportion peut varier fortement selon le type de cancer (Dubé et autres, 2010) :

	Lanaudière	Le Québec
Ensemble des cancers	50,7 %	50,0 %
Cancer bronco-pulmonaire	22,1 %**	29,9 %
Cancer colorectal	69,4 %	59,5 %
Cancer du sein	47,6 %	53,3 %
Cancer de la prostate	17,3 %**	15,1 %

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

¹ Cette projection repose sur les taux de prévalence selon le sexe et le groupe d'âge pour les quatre cycles de l'ESCC (2000-2001, 2003, 2005 et 2007-2008). L'hypothèse « faible » prend en compte le taux de prévalence le plus bas parmi les quatre cycles, alors que c'est l'inverse pour l'hypothèse « élevée ».

1.2 L'incidence du cancer

L'incidence du cancer fait référence au nombre de nouveaux cas de cancer parmi la population. Une même personne peut apparaître dans les statistiques plus d'une fois si elle est affectée par plus d'un cancer.

En 2006, un peu plus de 2 300 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués dans Lanaudière². Le cancer du poumon³ accapare 19 % de ceux-ci. Chez les femmes, c'est toutefois le cancer du sein qui décline celui du poumon au 1^{er} rang. Les cancers colorectal et du corps de l'utérus suivent aux 3^e et 4^e rangs. Du côté masculin, le cancer du poumon occupe le 1^{er} rang. Il est suivi des cancers de la prostate, du côlon-rectum et de la vessie.

Le premier rang occupé par le cancer du poumon illustre une situation particulière à la région lanauoise et au Québec, car ce siège de cancer présente une incidence supérieure à celle de l'ensemble du Canada (CDSCC, 2009). Une prévalence plus élevée du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire du tabac au Québec, au cours des vingt dernières années, explique vraisemblablement cette non-conformité.

Tableau 1
Nouveaux cas de cancer selon le sexe ou le type,
Lanaudière, 2003-2005 (%)

	Femmes %	Hommes %
Col de l'utérus	1,7	s. o.
Côlon-rectum	11,3	12,4
Corps de l'utérus	4,9	s. o.
Encéphale	1,6	1,9
Estomac	1,2	2,3
Larynx	0,5	1,6
Leucémie	2,5	2,7
Lèvres, cavité buccale et pharynx	1,1	2,3
Lymphomes non hodgkiniens	3,1	3,3
Maladie de Hodgkin	0,6	0,6
Mélanome de la peau	1,7	1,6
Ovaire	3,4	s. o.
Pancréas	2,4	2,2
Prostate	s. o.	19,6
Rein et organes urinaires	2,5	4,7
Sein	28,0	s. o.
Thyroïde	2,6	0,7
Trachée, bronches et poumon	17,0	22,3
Vessie	2,4	6,5
Autres cancers	11,3	15,3

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.
s. o. : sans objet

Entre les années 2000 et 2006, le nombre de nouveaux cas de cancer est passé de 1 830 à 2 322 pour une croissance de 27 %. Cette augmentation, plus forte pour les Lanaudoises, n'empêche pas l'incidence masculine de demeurer plus élevée pour toutes les années concernées. Même si le nombre de nouveaux cas de cancer s'est accru, les taux standardisés⁴ d'incidence du cancer sont demeurés stables pour les deux sexes. L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer ne résulte donc pas forcément d'une aggravation de l'état de santé de la population. Elle découle plutôt de son vieillissement et, plus modestement, de sa croissance démographique. Entre 2000 et 2006, le nombre de personnes de 45 ans et plus s'est accru de 28 % comparativement à 10 % pour l'ensemble de la population lanauoise.

Loin d'être uniforme selon l'âge, l'incidence du cancer demeure faible parmi les personnes de moins de 35 ans. Au-delà de cet âge, elle progresse pour atteindre des sommets à 85 ans et plus. Ces différences en fonction de l'âge ne surprennent guère, car plusieurs types de cancer apparaissent de nombreuses années après le début de l'exposition à certains facteurs de risque. Par exemple, un cancer du poumon peut se développer plus de 20 ans après le début du tabagisme (Villeneuve et Morrison, 1995).

Les taux par âge sont généralement plus élevés chez les hommes que les femmes. Les taux plus élevés pour les femmes de 35 à 54 ans émanent vraisemblablement de l'incidence « précoce » des cancers du sein et des organes génito-urinaires. L'incidence plus élevée du cancer chez les hommes s'expliquerait en partie par une pratique plus répandue d'habitudes de vie néfastes à la santé. Il s'agit, entre autres choses, du tabagisme, du surplus de poids, de la mauvaise alimentation et de la consommation excessive d'alcool. En 2007-2008, 31 % des Lanaudois de 18 ans et plus sont des fumeurs, ce qui représente une proportion similaire à celle des Lanaudoises⁵. Cette parité entre les sexes est toutefois toute récente, car durant de nombreuses années le pourcentage de fumeurs surpassait celui des fumeuses. Ainsi, en 1987, 48 % des hommes de 15 ans et plus fumaient contre 40 % des femmes (Guillemette et autres, 2001).

² Un tableau présentant le nombre annuel de nouveaux cas de cancer, d'hospitalisations et de décès selon le sexe et le siège de cancer peut être consulté à l'Annexe 1.

³ Afin d'alléger le texte, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est désigné par l'expression cancer du poumon.

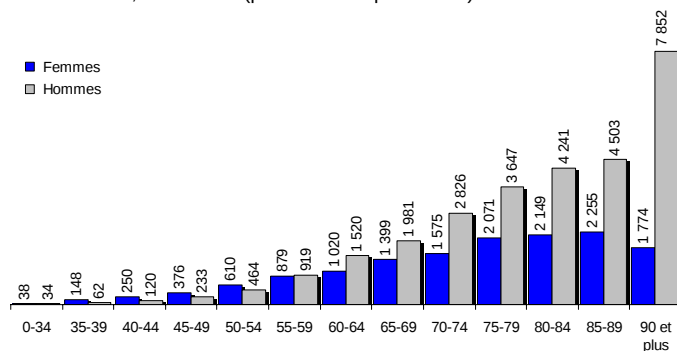
⁴ Un taux standardisé (ou ajusté) d'incidence, de prévalence, d'hospitalisation ou de mortalité représente le nombre annuel moyen d'événements qui pourrait être observé dans une population si celle-ci avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence utilisée est celle du Québec, sexes réunis, en 2001.

⁵ Au Québec, en 2007-2008, la proportion de fumeurs chez les hommes de 18 ans et plus est plus élevée que celle des femmes (28 % contre 23 %) (ASSSL, 2010).

Toujours en 2007-2008, les écarts entre les sexes demeurent en ce qui concerne la consommation quotidienne insuffisante de fruits et de légumes (59 % des hommes et 42 % des femmes) et le surplus de poids (63 % des hommes et 45 % des femmes). Il en est de même pour l'excès d'alcool, alors que 28 % des Lanaudois ont pris cinq consommations d'alcool et plus à au moins 12 reprises au cours d'une année contre 9 % pour les Lanaudoises (Lemire et Garand, 2010). L'exposition accrue à certains produits cancérigènes en milieu travail pourrait aussi expliquer ces différences entre les sexes.

Graphique 3

Taux bruts d'incidence du cancer selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

L'incidence du cancer varie non seulement selon le sexe et le groupe d'âge, mais aussi en fonction du lieu de résidence⁶. Ainsi, en 2003-2005, les taux de nouveaux cas de cancer des hommes de Lanaudière sont plus élevés qu'au Québec⁷. Ce constat s'applique plus spécifiquement aux hommes des MRC de D'Autray, Joliette et L'Assomption. Chez les Lanaudoises seules, les résidentes de la MRC des Moulins vivent cette situation. Il est à noter que la région de Lanaudière n'a pas seulement une incidence du cancer supérieure à celle du Québec. Selon le plus récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, elle se situe, à cet égard, au dernier rang des régions sociosanitaires québécoises avec le bilan le plus défavorable (CSBE, 2010a).

1.3 Le cancer et l'état de santé

Aucun doute n'est soulevé à l'effet que les « personnes atteintes d'un cancer souffrent de diverses restrictions sur les plans physique, émotionnel et social, ce qui affecte leur qualité de vie et leur santé » (Boswell-Purdy et autres, 2007, p. 48).

Un diagnostic de cancer peut générer des états de santé parfois difficiles à quantifier : anxiété, sentiment de vulnérabilité, étiement de l'estime de soi, etc. Les personnes avec un cancer risquent plus souvent de perdre leur emploi, de s'éloigner de leurs amis ou de leurs proches et de vivre des difficultés familiales (Roy et autres, 2003), ce qui pourrait entraîner un isolement social.

Pour les proches des personnes malades, le cancer contribue à réduire le temps consacré à des activités sociales, à faire des dépenses supplémentaires, à annuler des projets de vacances, à avoir moins de temps à consacrer à son(sa) conjoint(e) et ses enfants, etc. (Boucher et Beauregard, 2010).

Une étude canadienne réalisée en 2002 « révèle que 8 personnes sur dix ont déjà été affectées par le cancer. De ce nombre, 5 % en ont elles-mêmes souffert, 67 % ont un ami ou un membre de leur famille immédiate qui en a été frappé et 7 % ont été atteintes en plus d'un ami ou d'un membre de leur famille » (Roy et autres, 2003, p. 25).

Les données de l'ESCC 2007-2008 laissent entrevoir que les personnes ayant un cancer sont moins nombreuses à percevoir positivement leur santé globale, à être satisfaites de leur vie, à ne pas avoir des limitations d'activités ou à ne pas nécessiter de l'aide pour réaliser certaines tâches de la vie quotidienne. Les personnes avec la maladie sont aussi nombreuses que les autres à percevoir positivement leur santé mentale (écart non significatif). De façon un peu surprenante, il ressort que le stress affecte plus les personnes sans cancer⁸.

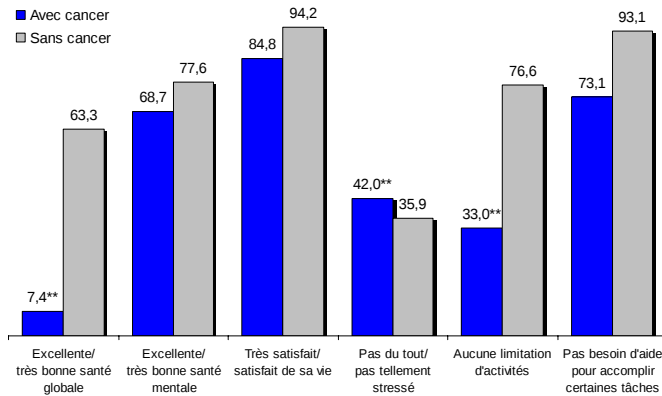
⁶ Un tableau comprenant tous les taux standardisés d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité selon le sexe, le siège de cancer et le territoire est présenté à l'Annexe 2.

⁷ Le fait d'établir une différence entre deux taux indique que l'écart observé a été confirmé statistiquement avec un niveau de confiance à 95 %. La comparaison repose sur l'estimation des intervalles de confiance calculée pour les rapports de taux standardisés.

⁸ Cette situation pourrait résulter du fait, qu'à un certain stade de la maladie, les personnes ayant un cancer sont moins affectées par « le choc » consécutif au diagnostic.

Graphique 4

Population de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard du cancer, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1.4 La morbidité hospitalière par cancer

Chaque année dans Lanaudière, le cancer est associé à environ 2 500 hospitalisations⁹ d'une durée moyenne de 11 jours. Le cancer du poumon, avec environ une hospitalisation par cancer sur six, est le siège le plus souvent cité au diagnostic principal¹⁰. Les cancers du sein (chez les femmes) et de la prostate (chez les hommes) devançant, en seconde position, le cancer colorectal.

L'analyse différenciée selon le sexe laisse entrevoir que certains cancers touchent plus les hommes que les femmes. En excluant les cancers propres à un sexe (celui du col de l'utérus, par exemple), les hospitalisations par cancers de la vessie, du rein, de l'estomac et de l'œsophage sont plus fréquentes chez les hommes, alors que c'est le contraire pour le cancer de la thyroïde.

La part relative des hospitalisations liées au cancer parmi la totalité des séjours hospitaliers tourne autour de 8 %. En considérant le diagnostic principal et les diagnostics secondaires¹¹, cette proportion grimpe à tout près de 12 %. Le cancer mobilise beaucoup de ressources du réseau de la santé. Chaque année, environ 3 600 hospitalisations de Lanaudoises et de Lanaudois sont directement ou indirectement liées à cette maladie.

Tableau 2

Hospitalisations par cancer (diagnostic principal) selon le sexe et le siège ou le type, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (%)

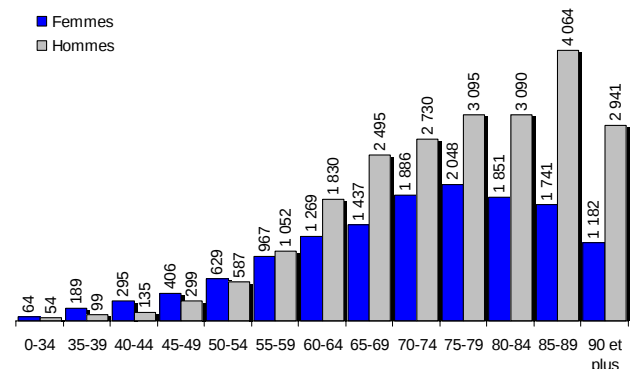
	Femmes %	Hommes %
Col de l'utérus	1,8	s. o.
Côlon-rectum	12,5	14,7
Corps de l'utérus	5,1	s. o.
Encéphale	2,3	2,5
Estomac	1,4	2,6
Foie	0,9	1,3
Larynx	0,3	0,9
Leucémie	2,4	2,6
Lymphomes non hodgkiniens	3,9	3,8
Mélanome de la peau	0,8	1,1
Œsophage	0,5	1,4
Ovaire	4,3	s. o.
Pancréas	2,2	2,4
Prostate	s. o.	16,6
Rein et organes urinaires	2,8	3,6
Sein	14,8	s. o.
Thyroïde	4,8	1,1
Trachée, bronches et poumon	17,1	16,6
Vessie	3,3	10,0
Autres cancers	18,9	18,9

Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
s. o. : sans objet

Les hospitalisations par cancer surviennent à tous les âges, même si elles sont peu fréquentes avant l'âge de 35 ans. Chez les Lanaudoises, les taux d'hospitalisation les plus élevés sont observés à 75-79 ans et ils culminent à 85-89 ans pour les hommes. Entre 35 et 54 ans, les taux expriment une plus forte morbidité hospitalière féminine, alors que c'est l'inverse aux autres âges.

Graphique 5

Taux bruts d'hospitalisation par cancer (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

⁹ Afin d'alléger le texte, le terme « hospitalisations » désigne les hospitalisations en soins physiques de courte durée. Il fait aussi référence à la morbidité hospitalière.

¹⁰ « Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. » (INSPQ et autres, 2006, p. 216)

¹¹ Les diagnostics secondaires, sans être pour autant une cause directe de l'hospitalisation, peuvent être associés (la cause ou l'effet, selon le cas) au diagnostic principal.

En 2006-2009, la morbidité hospitalière de la population lanaudoise est similaire à celle du Québec. Les femmes du territoire de réseau local de service (RLS) de Lanaudière-Nord profitent d'un taux inférieur à celui des Québécoises. Inversement, les femmes des MRC de Montcalm et des Moulins sont plus souvent hospitalisées que les Québécoises. Les hommes du territoire de RLS de Lanaudière-Sud et, plus particulièrement, de la MRC des Moulins, sont plus fréquemment hospitalisés que les Québécois¹².

1.5 La mortalité par cancer

Au Canada, en 2009, la probabilité de mourir d'un cancer est estimée à 24 % pour les femmes et à 29 % pour les hommes (CDSCC, 2009). Cette réalité se traduit par une moyenne annuelle d'environ 1 000 décès attribuables à cette maladie dans Lanaudière. Le cancer du poumon se classe en première position avec le tiers des décès. Le cancer du sein surclasse celui du côlon-rectum au second rang chez les Lanaudoises, tandis que le cancer de la prostate se situe au troisième échelon parmi les Lanaudois.

De 2000 à 2007, le nombre de décès par cancer s'est accru de 17 % dans Lanaudière, passant de 839 à 984. Cette croissance, inégale selon le sexe, est plus importante chez les femmes (34 % contre 6 % pour les hommes). Malgré cela, les décès masculins restent plus fréquents. Durant la même période, la part relative des décès par cancer parmi l'ensemble des décès lanaudois a légèrement augmenté, passant de 34 % à 36 %. Le cancer surpasse maintenant les maladies de l'appareil circulatoire au premier rang des causes de mortalité (ASSSL, 2010). À l'instar de l'incidence et de la morbidité hospitalière, cet accroissement du nombre de décès par cancer résulte pour beaucoup de l'augmentation de la population lanaudoise et de son vieillissement.

La mortalité par cancer touche peu de personnes de moins de 45 ans. Elle augmente avec l'âge pour culminer chez les 85 ans et plus. Elle affecte plus les hommes, mais cette dissimilitude entre les sexes reste toutefois fort inégale selon l'âge. L'écart est en effet plus important aux âges avancés.

Tableau 3

Décès par cancer (cause initiale)¹³ selon le sexe et le siège ou le type, Lanaudière, 2003-2005 (%)

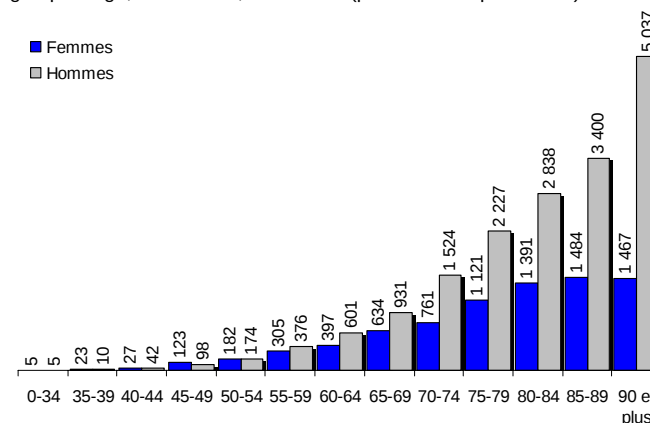
	Femmes %	Hommes %
Col de l'utérus	0,8	s. o.
Côlon-rectum	11,8	11,9
Corps de l'utérus	1,1	s. o.
Encéphale	2,8	2,8
Estomac	2,3	3,8
Foie	1,4	2,7
Larynx	0,7	1,4
Leucémie	2,8	2,8
Lymphomes non hodgkiniens	2,6	2,0
Mélanome de la peau	0,8	1,3
Oesophage	0,8	2,7
Ovaire	3,2	s. o.
Pancréas	4,6	3,7
Prostate	s. o.	6,8
Rein et organes urinaires	1,9	3,0
Sein	13,0	s. o.
Trachée, bronches et poumon	31,7	37,7
Vessie	1,4	2,8
Autres cancers	16,2	14,6

Source : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.

s. o. : sans objet

Graphique 6

Taux bruts de mortalité par cancer (cause initiale) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès 2003 à 2005.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

En 2003-2005, les Lanaudois présentent une mortalité par cancer supérieure à celle des Québécois. C'est plus particulièrement le cas pour les résidents des MRC de D'Autray, Joliette, L'Assomption et des Moulins. L'écart de mortalité défavorable aux Lanaudois pourrait résulter d'une prévalence plus élevée du tabagisme par rapport aux Québécois, et ce, depuis plusieurs années. Le niveau de mortalité des Lanaudoises et des Lanaudois est demeuré le même entre 2000-2002 et 2003-2005.

¹² Les variations quant aux taux d'hospitalisation peuvent résulter de pratiques médicales différentes d'un hôpital à l'autre. Elles n'expriment donc pas forcément des écarts de santé.

¹³ La cause initiale de décès est l'information généralement retenue pour établir les statistiques de mortalité selon la cause. Elle est assimilée à la maladie ou au traumatisme (intentionnel ou non intentionnel) qui, par son évolution morbide ou les circonstances de l'accident ou de la violence, a mené directement à la mort.

2. LE CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon (CIM-10 = C33 et C34) « est une maladie causée par le développement désordonné de cellules anormales dans les poumons. Ces cellules anormales, dites cancéreuses, n'accomplissent plus les fonctions de cellules normales. Au contraire, elles se multiplient et détruisent les tissus sains du poumon. [...] Le cancer pulmonaire s'installe de façon insidieuse. Son dépistage précoce, au moment où il peut être le plus facilement guéri, s'avère difficile. Au début, les symptômes sont peu apparents et dépendent de la région touchée, de la taille de la tumeur, de la gravité de l'obstruction. Parfois, aucun symptôme n'est présent. Ce n'est seulement qu'à partir d'une analyse d'expectorations (de crachats) ou d'une radiographie pulmonaire que le cancer est découvert » (Association pulmonaire du Québec, 2009).

C'est le siège de cancer le plus fréquemment diagnostiqué. Il constitue la première cause de mortalité par cancer, car son taux de survie est faible.

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire du tabac représentent les principaux facteurs de risque modifiables associés au cancer du poumon (Lemire, Gosselin et Monette, 2009). L'environnement (poussières, exposition à des produits cancérigènes en milieu de travail, pollution, etc.) est aussi mis en cause (CCC, 1997). C'est le cas, notamment, du radon et de l'amiante (Bourgault et autres, 2009).

Selon une étude menée entre 1974 et 2003 aux États-Unis, le tabagisme et la santé cardiorespiratoire auraient un effet commun sur la mortalité par cancer du poumon. Ainsi, les fumeurs et les anciens fumeurs avec une bonne ou une très bonne santé cardiorespiratoire auraient un risque de décéder de cette maladie moins élevé que celui de leurs homologues en moins bonne forme physique (Xuemei et autres, 2010). La sédentarité pourrait donc, chez les consommateurs de tabac, accroître le risque de mortalité par cancer du poumon.

2.1 L'incidence du cancer du poumon

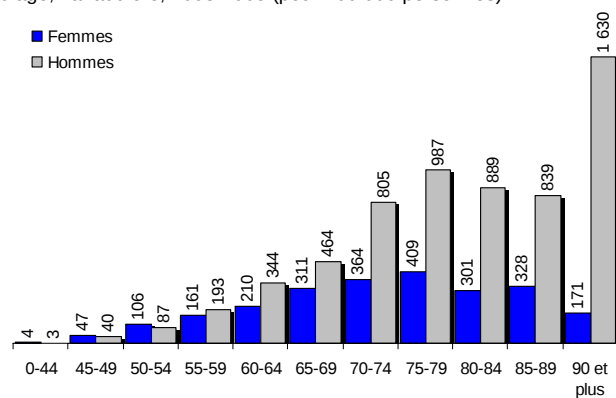
Les données canadiennes les plus récentes établissent la probabilité d'avoir un cancer du poumon à environ 6 % et 9 % pour les femmes et les hommes (CDSCC, 2009). En 2006, dans Lanaudière, 441 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués. Loin d'être réparti équitablement entre les sexes, le nombre de nouveaux cas des Lanaudois surpasse de 31 % celui des Lanaudoises (250 contre 191). Cette inégalité résulterait de la prévalence plus élevée du tabagisme chez les hommes durant de nombreuses années. La diminution plus rapide du tabagisme chez les hommes depuis la fin des années 70 devrait toutefois contribuer à la réduction de cet écart (Rochon, 2003).

Entre 2000 et 2006, le nombre de cas incidents de cancer du poumon affiche une hausse de 37 % chez les Lanaudoises et de 32 % chez les Lanaudois. À l'instar de l'ensemble des cancers, cette tendance ne résulte pas exclusivement d'une détérioration de la santé de la population lanaudoise. Son vieillissement et sa croissance démographique en sont aussi la cause. La réduction du tabagisme entamée depuis déjà plusieurs années devrait éventuellement favoriser une diminution de l'incidence de cette maladie. Ce recul pourrait cependant être freiné par une détérioration de la qualité de l'air.

Les taux varient fortement selon l'âge et le sexe. L'incidence est ainsi pratiquement nulle avant 50 ans, alors qu'elle augmente fortement par la suite. Elle est plus élevée pour les femmes de 45 à 54 mais, dès 55 ans, elle augmente chez les hommes pour surpasser celle des femmes.

Graphique 7

Taux bruts d'incidence du cancer du poumon selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

En 2003-2005, l'incidence du cancer du poumon des femmes et des hommes de Lanaudière dépasse celle des Québécoises et des Québécois. Ce constat s'appliquait aussi à l'ensemble de la population lanaudoise en 2000-2002. Les MRC lanaudoises dont l'incidence excède celle du Québec sont, pour les femmes, les MRC de Montcalm et des Moulins, et pour les hommes, les MRC de D'Autray, L'Assomption et des Moulins.

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire du tabac, plus répandus dans Lanaudière qu'au Québec durant de nombreuses années, pourraient expliquer la plus forte incidence lanaudoise. En 2007-2008, 31 % de la population adulte lanaudoise fume contre 25 % pour le Québec. De même, 25 % des Lanaudoises et Lanaudois de 12 ans et plus sont exposés à la fumée du tabac à la maison, alors que cette proportion atteint 19 % au Québec (Lemire et Garand, 2010). Le tabagisme n'est cependant pas responsable de l'entièreté de cette situation défavorable à Lanaudière. Le sud de la région lanaudoise, réputé pour avoir une proportion moindre de fumeurs que le nord, a une incidence du cancer du poumon plus élevée. Des facteurs environnementaux, comme la proximité d'autoroutes, de grands axes routiers et d'industries polluantes situées dans l'est de l'Île de Montréal (présence de polluants dans l'air ambiant), pourraient aussi en être responsables. Les données sur la qualité de l'air ne permettent toutefois pas d'établir un lien entre l'incidence du cancer du poumon et une pollution atmosphérique hypothétiquement plus élevée dans le sud du territoire lanaudois (INSPQ, 2010a). L'information disponible (nombre annuel de jours où il y a au moins un dépassement des normes et critères pour certains polluants, quantité des émissions atmosphériques des principaux polluants, etc.) est parcellaire et ne couvre pas l'ensemble de la région. Cela ne permet donc pas de conclure en la présence d'un lien entre les polluants atmosphériques et le cancer du poumon.

La mobilité de la population au cours de la période de latence associée à l'exposition à un facteur cancérigène pourrait expliquer cette situation défavorable au sud de la région lanaudoise. Les résidents de fraîche date pourraient avoir été exposés ailleurs (à Montréal, par exemple).

2.2 La morbidité hospitalière par cancer du poumon

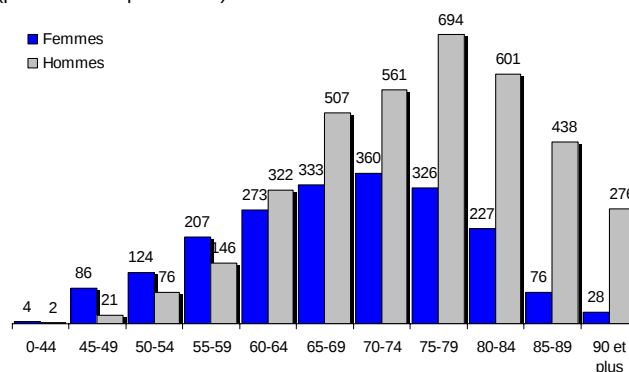
En 2008-2009, le cancer du poumon constitue le diagnostic principal pour 436 hospitalisations, dont la durée moyenne frôle 13 jours. Dans Lanaudière, elles représentent environ 1 % de l'ensemble des hospitalisations. Toutefois, cette part relative double avec l'inclusion des diagnostics secondaires. Chaque année, environ 760 hospitalisations sont liées au cancer du poumon parmi la population lanaudoise.

Tout comme pour l'incidence, la morbidité hospitalière par cancer du poumon des Lanaudois est plus élevée que celle des Lanaudoises. Cette distinction semble néanmoins vouloir s'amenuiser au fil des ans.

La morbidité hospitalière associée au cancer du poumon est plutôt rare dans la population de moins de 45 ans. À partir de la cinquantaine, elle augmente rapidement pour atteindre un sommet chez les septuagénaires. Cette morbidité est, à 45-59 ans, plus élevée chez les femmes, alors que c'est l'inverse à 60 ans et plus.

Graphique 8

Taux bruts d'hospitalisation par cancer du poumon (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

La fréquence des séjours hospitaliers associés au cancer du poumon des Lanaudoises est supérieure à celle des Québécoises, alors que ce n'est pas le cas pour les hommes. Les femmes de la MRC de Montcalm ainsi que les femmes et les hommes de la MRC des Moulins sont plus souvent hospitalisés pour cette maladie que l'ensemble de la population québécoise.

Les hommes de la MRC de Joliette, par contre, profitent d'une morbidité hospitalière inférieure à celle des Québécois.

2.3 La mortalité par cancer du poumon

La probabilité de mourir d'un cancer du poumon se situe à 5 % pour les Canadiennes et à 8 % pour les Canadiens en 2009 (CDSCC, 2009). Le taux de survie cinq ans après le diagnostic d'un cancer du poumon grave tourne autour de 15 % au Canada en 2009. Comparativement aux autres cancers, ce taux se classe parmi les plus faibles (CDSCC, 2009). Cette situation, combinée à une incidence relativement forte, place la mortalité par cancer du poumon au premier rang de tous les cancers. Dans Lanaudière en 2007, plus du tiers des décès résultant d'un cancer ont pour siège le poumon (354 décès sur 984).

De 2000 à 2007, le nombre de décès pour cette maladie a augmenté de 33 %, passant de 267 à 354. Cette progression s'avère plus importante pour les Lanaudoises, mais les décès masculins demeurent malgré cela plus fréquents. Il en résulte une diminution progressive de l'écart entre les sexes. Cette tendance n'est d'ailleurs pas unique à Lanaudière. Elle est aussi confirmée pour l'ensemble du Québec. Elle résulterait de la réduction plus tardive, chez les femmes, de la prévalence du tabagisme amorcée depuis une trentaine d'années (Rochon, 2003).

L'évolution de la prévalence du tabagisme semble aller de pair avec celle de la mortalité par cancer du poumon. Ainsi, la « mortalité due au cancer du poumon a progressé continuellement chez les femmes entre les années 1971 et 2008 et cette tendance résulte du taux de tabagisme féminin qui a connu son apogée dans les années 70. À la même époque, parmi les hommes s'était amorcée une diminution du taux de tabagisme qui se traduit par une stabilisation du taux de mortalité par cancer du poumon parmi ces derniers » (Lemire, Gosselin et Monette, 2009, p. 2).

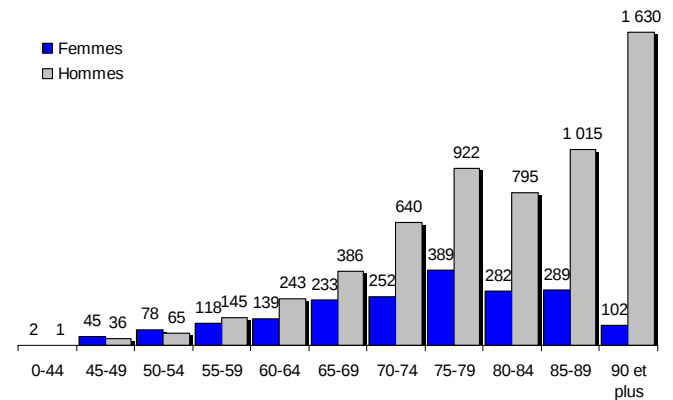
Alors que le cancer du poumon accapare une fraction négligeable des hospitalisations, il occupe une portion prépondérante de la mortalité en étant directement responsable d'un décès sur huit.

Très peu de décès par cancer du poumon sont recensés au sein de la population de moins de 45 ans. Entre 45 et 54 ans, les

femmes semblent être plus affectées que les hommes par cette mortalité, alors que la situation est inverse après 55 ans.

Graphique 9

Taux bruts de mortalité par cancer du poumon (cause initiale) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

Pour les deux sexes, la mortalité causée par cancer du poumon est demeurée stable entre 2000-2002 et 2003-2005 dans Lanaudière. Au Québec, elle s'est accrue pour les femmes, alors qu'elle a diminué chez les hommes.

Les Lanaudoises et les Lanaudois présentent une mortalité par cancer du poumon plus forte que celle des Québécoises et des Québécois en 2003-2005. Les femmes des MRC de Montcalm et des Moulins, ainsi que les hommes des MRC de L'Assomption, des Moulins, Joliette et Matawinie se distinguent du Québec à cet égard.

En 2007-2008, la proportion de fumeurs est beaucoup plus élevée dans Lanaudière qu'au Québec (31 % contre 25 %). Cette différence n'est pas récente, car elle était déjà observée en 1998, alors que 41 % de la population lanaudoise de 15 ans et plus fumait comparativement à 34 % pour le Québec (Guillemette et autres, 2001). Les effets de cette prévalence plus élevée du tabagisme sur la mortalité par cancer du poumon devraient se faire sentir pendant encore plusieurs années. Il faut en effet au moins une vingtaine d'années à la majorité des anciens fumeurs pour que leur risque de décéder d'un cancer du poumon devienne équivalent à celui des non-fumeurs (Xuemei et autres, 2010). Ce qui pourrait expliquer la mortalité par cancer du poumon plus importante dans Lanaudière qu'au Québec.

3. LE CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal (CIM-10 = C18 à C21) se forme dans les cellules situées à l'intérieur du côlon ou du rectum. Il peut être guéri s'il est diagnostiqué assez tôt après son apparition. Les malaises abdominaux (ballonnements, crampes, etc.), le changement des habitudes fécales, les diarrhées ou les constipations prolongées et sans cause apparente, la présence de sang dans les selles, le besoin pressant de vider ses intestins, la sensation d'une évacuation incomplète, les nausées ou les vomissements, la sensation de très grande fatigue, la perte de poids et l'anémie peuvent en être des signes et symptômes (SCC, 2009).

Cette maladie se situe au troisième rang parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués. Il se classe, respectivement, en troisième et seconde positions parmi les causes de décès par cancer pour les femmes et les hommes.

Les facteurs de risque non modifiables liés au cancer colorectal sont, notamment, l'âge, l'apparition de polypes sur la paroi interne du côlon ou du rectum, les antécédents familiaux de cancer colorectal, l'apparition d'une maladie inflammatoire affectant le tube digestif - telle que la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn - et l'origine ethnique (peuple juif d'Europe de l'Est). Une alimentation inadéquate (pauvre en fibres, en fruits et en légumes et trop riche en viandes rouges ou transformées), l'obésité, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont des facteurs de risque modifiables associés à cette maladie (SCC, 2009).

Selon une étude européenne, le risque d'avoir un cancer colorectal est 35 % plus élevé chez les personnes qui consomment régulièrement de la viande (160 grammes par jour de bœuf, veau, porc ou agneau) comparativement à celles qui en mangent moins de 20 grammes. Inversement, les sujets qui consomment plus de 80 grammes de poisson par jour, en moyenne, réduisent le risque de cancer colorectal, alors que ce n'est pas le cas pour ceux qui en prennent moins de dix grammes (Clavel-Chapelon et Boutron-Ruault, 2005).

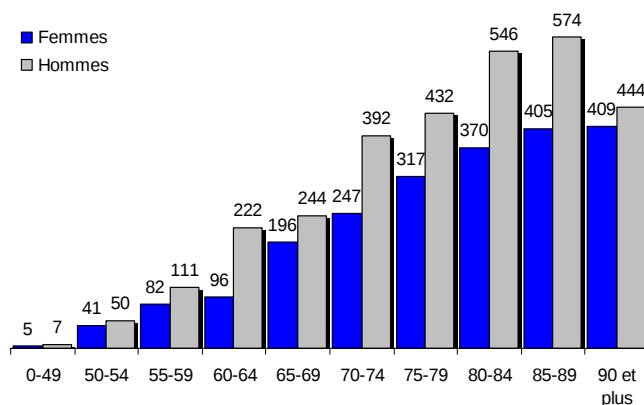
3.1 L'incidence du cancer colorectal

Au Canada, la probabilité d'avoir un cancer colorectal grave est autour de 7 % en 2009 (CDSCC, 2009). En 2006, 274 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués au sein de la population lanauoise. Ce nombre a augmenté de 14 % entre 2000 et 2006 (240 à 274 cas). Les cas incidents sont plus fréquents chez les hommes, mais l'écart entre les sexes semble s'amenuiser depuis quelques années. Cette tendance relativement récente pourrait s'expliquer par l'adoption, chez les femmes, d'habitudes de vie de plus en plus semblables à celles des hommes quant à l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et au tabagisme.

L'incidence de cette maladie demeure très faible avant l'âge de 50 ans, mais elle croît très rapidement par la suite. Cette incidence est systématiquement plus élevée parmi les hommes. Entre 50 et 84 ans, cette inégalité entre les sexes augmente, alors qu'elle tend à se réduire chez les plus âgés. La forte incidence du cancer colorectal chez les hommes pourrait résulter de la prévalence plus élevée d'habitudes de vie néfastes à la santé. Ils sont, en proportion, plus nombreux à ne pas manger suffisamment de fruits et de légumes, à présenter un surplus de poids et à abuser de l'alcool (Lemire et Garand, 2010).

Graphique 10

Taux bruts d'incidence du cancer colorectal selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

Entre 2000-2002 et 2003-2005, le taux d'incidence de cette maladie n'a pas varié significativement chez les Lanaudoises alors qu'il a diminué chez les Lanaudois. Ce constat est le même pour le Québec.

Dans Lanaudière, en 2003-2005, les femmes de la MRC de D'Au-ray se différencient des Québécoises avec une incidence plus élevée du cancer colorectal.

3.2 La morbidité hospitalière par cancer colorectal

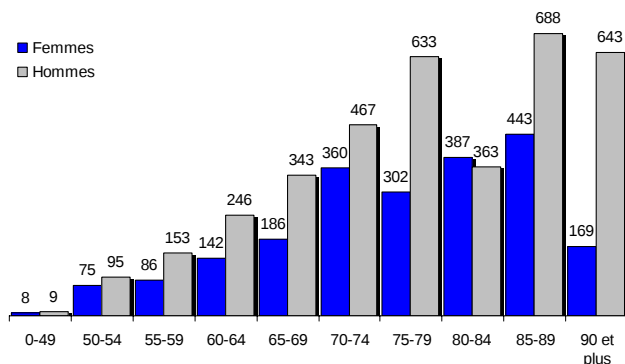
En 2008-2009, dans Lanaudière, 368 hospitalisations sont associées au cancer colorectal. Leur durée moyenne est de 12 jours. Elles représentent une faible part de l'ensemble des hospitalisations, soit 1 %. L'inclusion des diagnostics secondaires fait augmenter ce pourcentage à environ 2 %. Autour de 520 hospitalisations sont annuellement liées au cancer colorectal.

La morbidité hospitalière pour cette maladie est très faible parmi la population de moins de 50 ans. Elle augmente par la suite pour atteindre un sommet à 85 ans et plus. Moins visible avant l'âge de 50 ans, l'écart entre les sexes prend plus d'importance avec l'avancée en âge.

Les hommes de la MRC de L'Assomption se différencient des Québécois avec une morbidité hospitalière associée au cancer colorectal plus élevée.

Graphique 11

Taux bruts d'hospitalisation par cancer colorectal (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

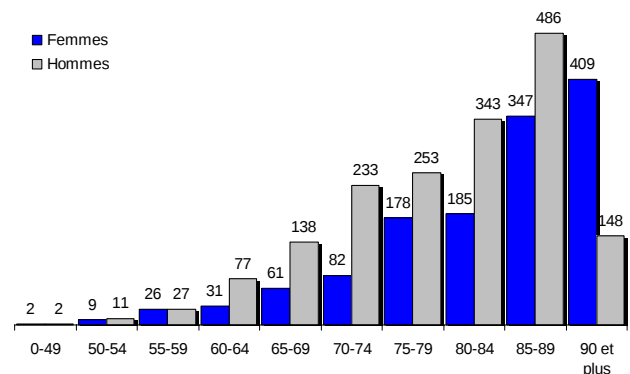
3.3 La mortalité par cancer colorectal

Selon les données canadiennes de 2009, la probabilité de mourir d'un cancer colorectal s'établit à 3 % pour les femmes et à 4 % pour les hommes (CDSCC, 2009). Entre 2000 et 2007, le nombre de décès pour cette maladie affiche une tendance à la hausse, celui-ci étant passé de 93 à 119 dans Lanaudière. Même si cette augmentation est plus forte chez les Lanaudoises que chez les Lanaudois, le nombre de décès reste plus important chez les hommes.

En 2003-2005, la mortalité par cancer colorectal est presque nulle à moins de 50 ans et demeure faible jusqu'à 65 ans. Avant la soixantaine, les taux restent trop faibles pour qu'une quelconque différence entre les sexes puisse ressortir. Aux âges plus avancés, il existe une surmortalité masculine pour cette maladie.

Graphique 12

Taux bruts de mortalité par cancer colorectal (cause initiale) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

Entre 2000-2002 et 2003-2005, le taux de mortalité par cancer colorectal n'a pas varié chez les femmes et les hommes de Lanaudière. Au Québec, par contre, il a diminué d'environ 4 % pour les deux sexes.

La mortalité par cancer colorectal des femmes et des hommes des deux territoires de RLS lanaudois ne se différencie pas de celle de la population québécoise en 2003-2005. En 2000-2002, la situation était sensiblement différente, car les hommes de Lanaudière avaient une mortalité supérieure à celle des

Québécois. À l'échelle des MRC, les femmes de L'Assomption et les hommes de Joliette présentent une mortalité plus élevée que celle des Québécoises et des Québécois.

3.4 Le dépistage du cancer colorectal

La recherche de sang occulte dans les selles au moins tous les deux ans peut constituer, chez les personnes de 50 ans et plus, une méthode efficace pour dépister le cancer colorectal avant l'apparition de symptômes (SCC, 2009). Il n'existe pas, au Québec, de programme structuré de dépistage pour cette maladie, mais des projets pilote devraient démarrer sous peu. Cette forme de dépistage, appliquée tous les deux ans à 70 % des adultes de 50 à 74 ans, pourrait réduire de 15 % à 17 % la mortalité par cancer colorectal dans les cas où une colonoscopie serait pratiquée à la suite d'un résultat positif (Wilkins et Shields, 2009).

Les individus vivant dans un ménage à revenu élevé, ayant un médecin de famille, ne fumant pas ou pratiquant des activités physiques de loisir sont plus nombreux à procéder au dépistage précoce du cancer colorectal (Wilkins et Shields, 2009).

4. LE CANCER DU SEIN

Le cancer du sein (CIM-10 = C50) se développe dans les tissus mammaires compris dans le sein et dans la partie du corps située entre la clavicule, l'aisselle et la lame du sternum. Durant sa phase initiale, les cellules cancéreuses se retrouvent uniquement dans les canaux galactophores ou les lobules (cancer *in situ*). Si cette forme de cancer est diagnostiquée et traitée tôt, les cellules cancéreuses ne peuvent se diffuser ailleurs dans le corps.

Le cancer du sein est qualifié d'envahissant lorsque les cellules s'échappent du canal galactophore ou du lobule. Même si elle est plus grave, cette autre forme de cancer peut être traitée avec succès si elle est dépistée rapidement (SCC, 2009).

Ce siège de cancer est le plus souvent diagnostiqué parmi les Lanaudoises et il représente la deuxième cause de mortalité par cancer. Difficile à prévenir, il peut toutefois être détecté suffisamment tôt pour assurer un taux de survie élevé. Au Canada, en 2002-2004, le taux de survie à un cancer du sein diagnostiqué cinq ans auparavant atteint 87 % (CDSCC, 2009).

Le cancer du sein affecte surtout les femmes. Dans Lanaudière, de 2000 à 2006, quatre hommes sont décédés d'un cancer du sein et il y a eu cinq hospitalisations en 2006-2009. C'est pourquoi cette section ne présente que des données relatives au cancer du sein chez la femme.

La prédisposition génétique (femmes porteuses du BRCA1 et du BRCA2), une faible parité, une première grossesse menée à terme à un âge avancé, des menstruations précoces ou irrégulières et une ménopause tardive sont des facteurs qui augmentent le risque de cancer du sein (SCC et INCC, 2007). Il en est de même pour les antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge (80 % des cancers du sein surviennent chez les femmes de 50 ans et plus), les affections mammaires antérieures et le fait d'avoir des tissus mammaires denses (Shield et Wilkins, 2009; ASPC, 2010). Les femmes ayant été exposées à une irradiation thoracique entre 10 et 30 ans (pour le traitement d'un lymphome hodgkinien, par exemple) auraient un risque accru d'avoir un cancer du sein.

L'obésité et l'inactivité physique chez les femmes postménopausées augmentent aussi les risques de cancer du sein (ASPC, 2010). Le tabagisme et la consommation d'alcool pourraient également être propices à l'apparition d'un cancer du sein (Nkondjock et Ghadirian, 2005; ASPC, 2010).

L'allaitement engendrerait, pour sa part, une diminution des risques de cancer du sein d'environ 4 % pour chaque année d'allaitement (Brekelmans, 2003). L'augmentation du taux d'allaitement observé au Québec depuis une dizaine d'années devrait contribuer à la baisse du taux d'incidence de cette maladie (Haeik et autres, 2006).

4.1 L'incidence du cancer du sein

Les données canadiennes les plus récentes évaluent la probabilité d'avoir un cancer du sein à 11 % chez les femmes (CDSCC, 2006). Entre 2000 et 2006, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein dans Lanaudière est passé de 248 à 294. La hausse de l'incidence de cette maladie, principalement observée à la fin des années 90, résulte, du moins en partie, de la mise en place du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS). Ce programme a favorisé, entre autres choses, un meilleur dépistage des nouveaux cas de cancer du sein. Les variations observées au cours des dernières années ne peuvent toutefois pas être expliquées avec certitude (CDSCC, 2009). Puisque le taux standardisé d'incidence du cancer du sein est resté le même dans la région lanauoise entre 2000-2002 et 2003-2005, la croissance du nombre de nouveaux cas n'émane vraisemblablement pas d'une aggravation de la problématique. Il résulterait plutôt de la croissance de la population féminine de 50 ans et plus.

Une prévalence accrue de l'obésité et de l'obésité pourrait, selon une étude européenne, être responsable du nombre croissant de nouveaux cas de cancer du sein. Le risque d'avoir ce cancer augmenterait de 1 % pour chaque kilogramme d'excès de poids (Nelson, 2009). Entre 1987 et 2007-2008, au Québec, la proportion de femmes de 18 ans et plus avec un surplus de poids est passée de 28 % à 41 % (Mongeau et autres, 2005; INSPQ, 2010a). Dans Lanaudière, en 2007-2008, 45 % des femmes de 18 ans et plus font de l'obésité ou sont obèses (ASSSL, 2010).

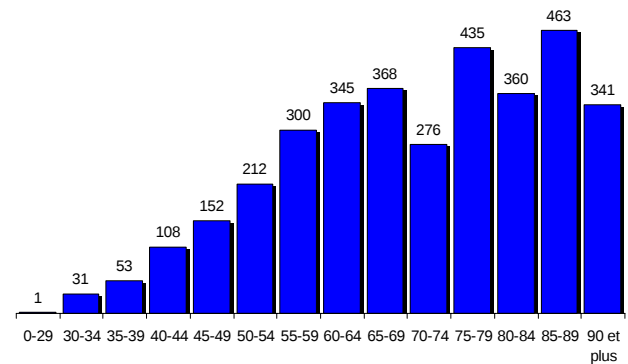
Une étude menée aux États-Unis de 1993 à 1998 révèle que les femmes postménopausées qui font entre 1,25 et 2,5 heures de marche rapide par semaine ont 18 % moins de risques d'avoir un cancer du sein que les femmes inactives (McTiernan et autres, 2003). Dans Lanaudière, en 2007-2008, 26 % des femmes de 18 ans et plus sont considérées sédentaires (INSPQ, 2010a).

À l'instar de beaucoup d'autres sièges de cancer, celui du sein est moins fréquemment diagnostiqué parmi les femmes de moins de 40 ans. Par contre, dès la quarantaine, les taux croissent pour atteindre un premier plateau à 60-69 ans. À 70 ans et plus, les taux varient en dents de scie d'un groupe

d'âge à l'autre. Cette tendance, différente de celle observée pour la plupart des autres cancers, pourrait s'expliquer par le fait que le PQDCS vise seulement les femmes de 50 à 69 ans. Le dépistage après 70 ans n'est pas une pratique systématique. L'incidence du cancer du sein des Lanaudoises est similaire à celle des Québécoises en 2003-2005.

Graphique 13

Taux bruts d'incidence du cancer du sein selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

4.2 La morbidité hospitalière par cancer du sein

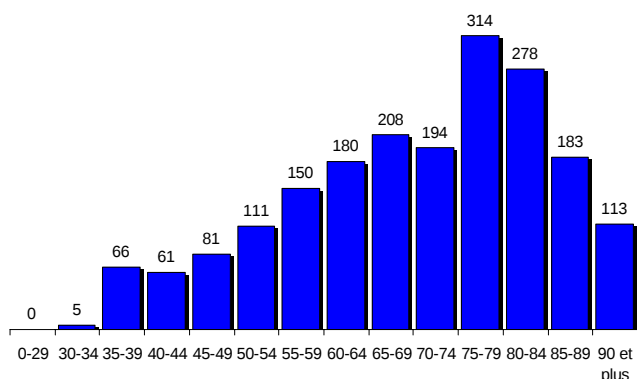
Dans Lanaudière, en 2008-2009, le cancer du sein est lié à 180 hospitalisations. Leur durée moyenne est de sept jours. Elles comptent pour 1 % de l'ensemble des hospitalisations féminines. Cette proportion monte à un peu moins de 2 % en incluant le cancer du sein au diagnostic secondaire.

En conformité avec ce qui est observé pour l'incidence, la morbidité hospitalière pour cette maladie est presque nulle parmi les Lanaudoises de moins de 35 ans. Elle demeure faible jusqu'à l'âge de 50 ans pour augmenter rapidement et atteindre un premier sommet à 65-69 ans. Les taux culminent à 75-79 ans avant de diminuer à partir de 85 ans.



Graphique 14

Taux bruts d'hospitalisation par cancer du sein (diagnostic principal) selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

Les Lanaudoises sont moins souvent hospitalisées pour ce cancer que les Québécoises en 2006-2009. Cette observation s'applique aux femmes des deux territoires de RLS lanaudois et, plus spécifiquement, aux femmes des MRC de Joliette, Matawinie et L'Assomption. Ceci peut, en partie, s'expliquer par le fait que 52 % des cancers du sein diagnostiqués dans Lanaudière en 2003-2004 ont une taille inférieure à un centimètre comparativement à 38 % pour les Québécoises. Ces Lanaudoises peuvent donc avoir recours à une chirurgie d'un jour pour le traitement de leur cancer (Hébert-Croteau et autres, 2009).

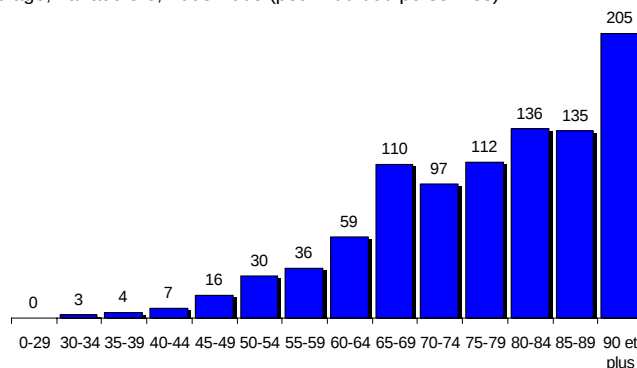
4.3 La mortalité par cancer du sein

La probabilité de mourir d'un cancer du sein se situe à environ 4 % en 2009 (CDSCC, 2009). Entre les années 2000 et 2006, le nombre de décès directement causés par le cancer du sein est resté à peu près stable (une cinquantaine de décès par année). En 2007, toutefois, il s'est accru à 73 décès. Il représente de 4 % à 5 % de tous les décès lanaudois.

La mortalité par cancer du sein est presque inexistante à moins de 40 ans et reste faible jusqu'à 64 ans. Comparativement à celui observé à 60-64 ans, le taux de mortalité double à 65-69 ans et il se maintient ainsi jusqu'à l'âge de 75-79 ans. Le plus fort taux est signalé à 90 ans et plus.

Graphique 15

Taux bruts de mortalité par cancer du sein (cause initiale) selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

Entre 2000-2002 et 2003-2005, le taux de mortalité pour cette maladie a diminué dans Lanaudière. Il en est de même pour le taux de l'ensemble des Québécoises.

Tout comme pour la morbidité hospitalière, les Lanaudoises profitent d'une sous-mortalité par cancer du sein comparativement à celle des Québécoises en 2003-2005. Cette situation favorable aux Lanaudoises en 2003-2005 demeure, pour l'instant, sans explication. Un dépistage précoce plus systématique n'en serait pas la cause, car la région lanaudoise a un taux de mammographie de dépistage similaire à celui du Québec en 2006, alors qu'il lui était inférieur de 2002 à 2005 (Hébert-Croteau et autres, 2009).

4.4 Le dépistage du cancer du sein

De nombreuses études ont démontré que le dépistage du cancer du sein pourrait contribuer à la réduction de la mortalité, plus particulièrement chez les femmes de 50 à 69 ans (Shields et Wilkins, 2009). C'est une des raisons pour lesquelles le Québec a instauré un programme organisé de dépistage systématique pour ce cancer. Le PQDCS, en fonction dans Lanaudière depuis 1998, offre une mammographie de dépistage aux deux ans à toutes les femmes de 50 à 69 ans.

Selon les résultats de l'ESCC 2005, 68 % des Lanaudoises de 50 à 69 ans déclarent avoir passé une mammographie depuis moins de deux ans. Environ le cinquième en aurait eu une depuis plus de deux ans et 12 % n'y auraient jamais eu recours. Parmi les raisons invoquées pour justifier l'absence de mammographie dans un délai de moins de deux ans, 53 % la jugent inutile,

14 % n'ont pas eu le temps de s'en occuper, 11 % ont déjà subi une ablation du sein, 9 % ont peur de se soumettre à une mammographie et 8 % disent refuser cette forme de dépistage à la suite des recommandations de leur médecin (Simoneau, 2009; ASSSL, 2010). En 2007-2008, 69 % des Lanaudoises de 50 à 69 ans ont passé une mammographie (INSPQ, 2010b).

Une étude canadienne réalisée avec les données de l'ESCC 2007-2008 indique que le taux de mammographie de dépistage varie selon les caractéristiques des femmes. Cette pratique est ainsi moins fréquente parmi celles qui résident hors d'une région urbaine, ont les plus faibles revenus, fument, n'ont pas de médecin de famille, n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou ont immigré au Canada récemment. C'est le cas également des veuves, divorcées, séparées ou jamais mariées comparativement aux femmes mariées ou vivant en union de fait (Shields et Wilkins, 2009).

Le PQDCS aurait contribué à la baisse de la mortalité par cancer du sein. En 2003, soit cinq ans après sa mise en œuvre, « le PQDCS semble associé à une réduction de la mortalité par cancer du sein. Parmi les participantes au dépistage, cette réduction pourrait atteindre de 35 à 41 %. Parmi les femmes admissibles au dépistage (participantes et non participantes), la réduction se situerait autour de 7 à 11 %. Pour l'ensemble des femmes du groupe d'âge ciblé par le PQDCS, la réduction de mortalité pourrait atteindre environ 3 % » (Vandal et autres, 2009, p. 1).

5. LE CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate (CIM-10 = C61) évolue lentement et peut être traité avec succès s'il est diagnostiqué à temps. Durant ses premiers stades, il peut se développer sans qu'aucun signe ou symptôme ne soit visible. Les manifestations peuvent apparaître quand la tumeur contribue à l'augmentation de la taille de la prostate. (SCC, 2009). Il se classe au second échelon parmi les cancers les plus répandus chez les Lanaudois.

Les études épidémiologiques n'ont pas encore formellement identifié les facteurs de risque modifiables responsables du cancer de la prostate. Une alimentation riche en matières grasses, l'inactivité physique et l'obésité pourraient lui être associées (ASPC, 2010).

Les antécédents familiaux, une concentration élevée de testostérone, l'origine ethnique (les Africains d'origine) et l'âge (80 % des cas apparaissent à 60 ans et plus) en sont les principaux facteurs de risque non modifiables (Ellison et autres, 1998; ASPC, 2010).

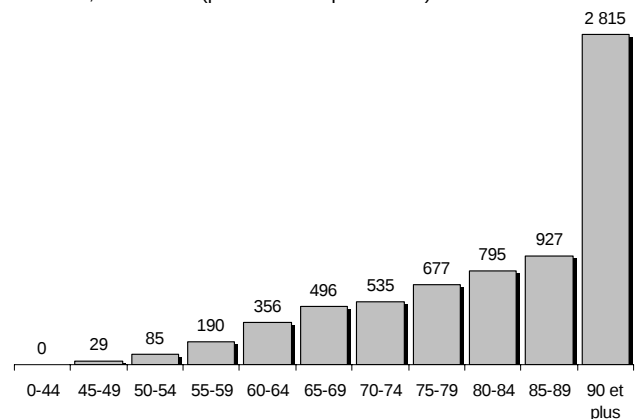
5.1 L'incidence du cancer de la prostate

Selon les données canadiennes les plus récentes, la probabilité d'avoir un cancer de la prostate se chiffre à environ 14 % (CDSCC, 2009). Entre les années 2000 et 2006, le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate s'est accru dans Lanaudière. Il a augmenté de 54 % pour atteindre 222 cas en 2006. Il représente 18 % de tous les nouveaux cas de cancer comparativement à 15 % en 2000. La variation de son incidence ne résulte pas forcément d'une aggravation de la problématique, mais de l'application plus fréquente de tests de dépistage préventif depuis une quinzaine d'années (Daigle et Beaupré, 2008). Il existe toutefois une controverse quant à la précision des tests de dépistage du cancer de la prostate asymptomatique (faux négatifs).

Pratiquement inexistante chez les Lanaudois de moins de 50 ans, cette maladie affecte surtout les hommes les plus âgés. Son incidence la plus élevée se situe d'ailleurs à 90 ans et plus.

Graphique 16

Taux bruts d'incidence du cancer de la prostate selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

De 2000-2002 à 2003-2005, le taux d'incidence lanaudois n'a pas varié de façon significative, alors qu'il a augmenté au Québec.

La population masculine de la MRC de L'Assomption présente, en 2003-2005, une incidence du cancer de la prostate supérieure à celle des Québécois.

5.2 La morbidité hospitalière par cancer de la prostate

En 2008-2009, le cancer de la prostate est associé à 241 hospitalisations dont la durée moyenne se chiffre à un peu moins de six jours. Elles représentent près de 2 % de l'ensemble des hospitalisations des Lanaudois. Cette proportion augmente à 3 % lorsque les diagnostics secondaires sont considérés.

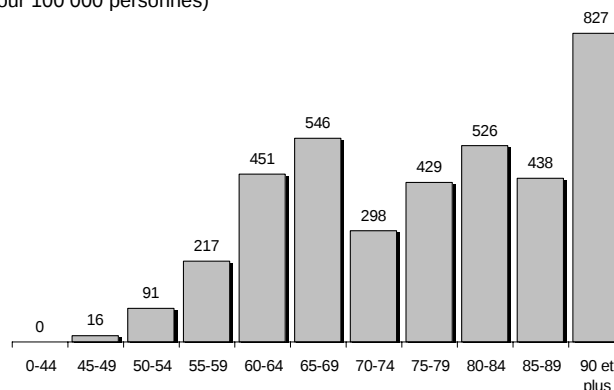
En conformité avec ce qui est observé pour l'incidence de cette maladie, très peu d'hospitalisations sont comptabilisées avant 50 ans. Dès la cinquantaine, par contre, la morbidité hospitalière augmente rapidement et atteint sa valeur la plus élevée à 90 ans et plus.

Les Lanaudois ont une morbidité associée au cancer de la prostate plus importante que celle des Québécois. Cette situation s'applique aux hommes des deux territoires de RLS lanaudois. L'écart avec le Québec ne semble pas s'expliquer par l'adoption plus généralisée d'habitudes de vie associées à cette maladie. En 2007-2008, les Lanaudois sont, en proportion, aussi nombreux que les Québécois à ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes, à être sédentaires ou à présenter un surplus de poids (INSPQ, 2010a).



Graphique 17

Taux bruts d'hospitalisation par cancer de la prostate (diagnostic principal) selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

5.3 La mortalité par cancer de la prostate

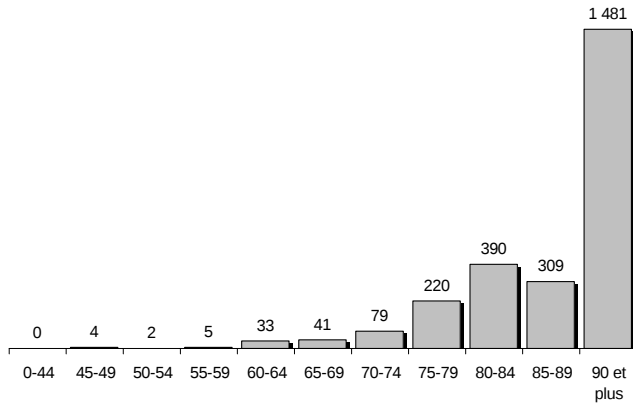
Les données canadiennes évaluent, en 2009, à tout près de 4 % la probabilité de mourir d'un cancer de la prostate (CDSCC, 2009). De 2000 à 2007, le nombre de décès par cancer de la prostate a varié en dents de scie avec un sommet atteint en 2001. En 2007, 34 décès résultent d'un cancer de la prostate dans Lanaudière. De 2 % à 3 % des décès lanaudois sont causés par cette maladie.

Les données canadiennes révèlent que le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate a diminué d'environ 3 % entre 1995 et 2004 (CDSCC, 2009). Cette baisse, observée essentiellement au-delà de 60 ans, résulterait plus d'une amélioration du traitement des tumeurs ayant atteint un stade avancé que de la diminution du délai entre leur apparition et le diagnostic (Gibbons et Waters, 2003). De 2000-2002 à 2003-2005, la mortalité par cancer de la prostate suit aussi cette évolution dans la région lanaudoise et au Québec.

Tout comme pour l'incidence et la morbidité hospitalière, la mortalité causée par ce cancer ne touche pas les hommes de moins de 45 ans. Elle est négligeable à 45-59 ans, peu importante à 60-74 ans et élevée après 75 ans.

Graphique 18

Taux bruts de mortalité par cancer de la prostate (cause initiale) selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

Les Lanaudois présentent une mortalité par cancer de la prostate semblable à celle des Québécois en 2003-2005.

5.4 Le dépistage du cancer de la prostate

Le test de l'antigène prostatique spécifique (APS)¹⁴ constitue, avec le toucher rectal, l'un des deux examens utilisés pour le dépistage précoce du cancer de la prostate, malgré le fait que leur efficacité n'ait pas été démontrée sur une base populationnelle. « Le test de l'APS ainsi que le toucher rectal comportent un taux élevé de faux résultats positifs, cela signifie que les résultats du test peuvent suggérer la présence d'un cancer alors qu'il n'en est rien. » (SCC, 2010)

Dans Lanaudière, en 2000-2001, 36 % des hommes de 50 ans et plus déclarent avoir eu le test de l'APS depuis moins d'un an, 16 % depuis plus d'un an et 48 % en aucune occasion. Les hommes de 65 ans et plus sont, en proportion, plus nombreux que ceux de 50 à 64 ans à y avoir eu recours depuis moins d'un an (51 % contre 28 %) (Simoneau, 2009).

6. LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET LE CANCER

La mortalité prématurée associée à une cause donnée se rapporte aux décès survenus chez les personnes âgées de moins de 75 ans. Elle correspond à la différence entre un âge considéré comme une durée de vie moyenne (75 ans) et l'âge au décès.

Le cancer se classe au premier rang des causes de décès prématuré dans Lanaudière en 2003-2005. Durant cette période, le cancer est responsable de 1 832 décès survenus avant 75 ans. Il compte, respectivement, pour 47 % et 32 % de la mortalité prématurée des Lanaudoises et des Lanaudois. Le cancer du poumon accapare la fraction la plus importante de cette mortalité. Pour les femmes et les hommes de Lanaudière, il en est respectivement responsable de 16 % et 11 %.

Le cancer colorectal représente de 3 % à 4 % de la mortalité prématurée. Le cancer du sein est pour sa part responsable de 7 % de cette mortalité des Lanaudoises, tandis que celui de la prostate en cause moins de 1 % chez les hommes. Les faibles fractions de la mortalité avant 75 ans associées aux cancers colorectal, du sein et de la prostate s'expliquent, pour l'essentiel, par une mortalité peu importante chez les personnes de moins de 75 ans.

La part relative de la mortalité prématurée attribuable à l'ensemble des cancers s'est légèrement accrue depuis 2000-2002. Pour le cancer du poumon, elle a diminué parmi les Lanaudoises et augmenté chez les Lanaudois. Durant la même période, les conséquences du cancer du sein sur cette mortalité se sont amenuisées, alors qu'elles sont restées les mêmes pour le cancer de la prostate.

L'impact du cancer sur la mortalité prématurée des Lanaudoises (47 %) et des Lanaudois (32 %) semble être un peu plus important que celui des Québécoises (46 %) et des Québécois (29 %). Il en est de même pour le cancer du poumon. Par contre, les Lanaudoises paraissent moins affectées que les Québécoises par la mortalité prématurée engendrée par le cancer du sein (7 % contre 9 %).

¹⁴ « Le test de l'APS est une analyse sanguine qui peut aider à dépister un cancer de la prostate. Il permet de mesurer le taux d'une substance appelée « antigène prostatique spécifique », produite par la prostate. Il est normal de trouver de petites quantités d'APS dans le sang, mais le taux peut augmenter en présence de troubles de la prostate. » (SCC, 2010)

7. L'ESPÉRANCE DE VIE EN L'ABSENCE DE CANCER

Le cancer est responsable d'une large part de la mortalité générale et prématurée. Ses conséquences sur la santé peuvent être également quantifiées avec l'espérance de vie en son absence. Selon une étude canadienne publiée en 2003, les gains en espérance de vie à la naissance les plus importants sont obtenus à la suite de l'élimination des décès par cancer. Ils surpassent de beaucoup les bénéfices résultant de l'absence des cardiopathies ischémiques, des accidents vasculaires cérébraux, des troubles mentaux, des maladies pulmonaires obstructives chroniques ou du diabète (Manuel et autres, 2003).

En 2003-2005, l'exclusion des décès par cancer pourrait accroître de 3,9 ans et de 4,3 ans l'espérance de vie à la naissance des Lanaudoises et des Lanaudois. Elle passerait donc de 82,1 à 86,0 ans chez les femmes et de 76,5 à 80,8 ans chez les hommes.

L'absence de cancer du poumon aurait contribué à une augmentation respective de l'espérance de vie à la naissance de 1,2 et 1,4 an chez les Lanaudoises et les Lanaudois. La mortalité par cancer colorectal étant faible, il ne faut pas se surprendre si les gains en espérance de vie à la naissance ne se limitent qu'à 0,4 an en son absence. Il en est de même pour les cancers du sein et de la prostate, car leur élimination contribue à un gain respectif de 0,5 et de tout près de 0,2 année de vie.

Pour l'ensemble des cancers et pour les quatre sièges de cancer considérés, les gains escomptés en espérance de vie demeurent inchangés entre les périodes 2000-2002 et 2003-2005.

Selon une étude québécoise, le cancer contribue à réduire le nombre d'années qu'une personne pourrait vivre en parfaite santé. En 2000-2003, son absence aurait permis des gains respectifs de 2,8 ans et de 3,2 ans aux espérances de vie à la naissance en parfaite santé des Québécoises et des Québécois (Martel et Choinière, 2007).

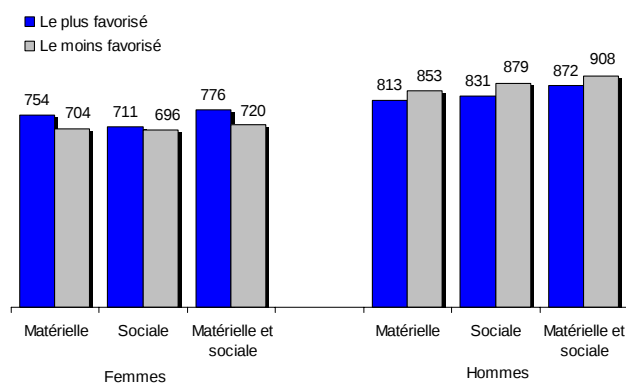
8. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LE CANCER

Des études ont démontré que la morbidité et la mortalité par cancer affectent plus les personnes ou les territoires démunis matériellement et socialement (Dupont, Pampalon et Hamel, 2004). La défavorisation matérielle et sociale correspond à un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient un individu, une famille ou un groupe de personnes. La défavorisation matérielle prend en considération la scolarité, l'emploi et le revenu et peut être assimilée au concept de pauvreté. La défavorisation sociale tente de mesurer l'isolement « potentiel » des individus en vertu d'une séparation, d'un divorce, d'un veuvage, de la monoparentalité ou du fait de vivre seul (Guillemette et Leclerc, 2008).

La morbidité hospitalière par cancer des Lanaudois de 25 à 74 ans¹⁵ augmente dans la population du quartile le plus défavorisé aux plans matériel et social en 1999-2004. Chez les Lanaudoises, cette relation va plutôt dans le sens inverse. Les taux de morbidité hospitalière des femmes des quartiles plus défavorisés sont plus faibles que ceux des femmes des quartiles plus avantagés.

Graphique 19

Taux standardisés d'hospitalisation par cancer dans la population de 25-74 ans selon le quartile de défavorisation et le sexe, Lanaudière, 1999-2000 à 2003-2004 (pour 100 000 personnes)



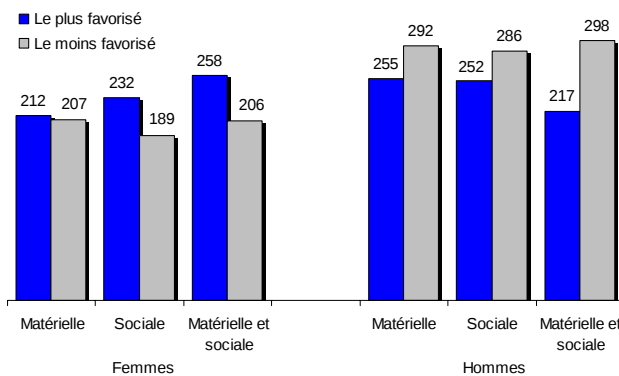
Source : Données tirées de Guillemette et Leclerc, 2008.

¹⁵ Les hospitalisations et les décès survenus avant l'âge de 25 ans sont exclus, car ils résultent plus souvent de facteurs biologiques ou génétiques que de facteurs socioéconomiques. Ils sont aussi rejetés s'ils surviennent à 75 ans et plus parce que seules la morbidité hospitalière et la mortalité prématurée sont considérées pour mesurer les inégalités sociales de santé.

La mortalité par cancer laisse entrevoir une association plus nette avec la défavorisation. En considérant la dimension matérielle, il ressort que les hommes du quartile défavorisé ont une mortalité par cancer plus élevée comparativement à celui plus favorisé. Cette différence s'observe aussi avec la forme sociale de défavorisation et avec la combinaison des deux dimensions. Contrairement à ce qui est constaté pour les Lanaudois, ce sont les Lanaudoises du quartile plus favorisé qui auraient une plus forte mortalité par cancer. Ce dernier résultat, contradictoire aux conclusions d'une étude antérieure réalisée avec des données québécoises (Dupont, Pampalon et Hamel, 2004), laisse supposer que le mécanisme par lequel les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé est complexe. Une étude récente révèle d'ailleurs que l'indice de défavorisation, malgré ses qualités indéniables, est un indicateur socioéconomique qui ne dégage pas toutes les inégalités sociales en matière de santé (Pampalon, Hamel et Gamache, 2009).

Graphique 20

Taux standardisés de mortalité par cancer dans la population de 25-74 ans selon le quartile de défavorisation et le sexe, Lanaudière, 2000-2003 (pour 100 000 personnes)



Source : Données tirées de Guillemette et Leclerc, 2008.

La mortalité par cancer n'est pas forcément liée à la défavorisation matérielle et sociale pour tous les sièges et types de cancer. Il ressort d'une étude de l'INSPQ, qu'au Québec en 1994-1998, la mortalité par cancer du poumon augmente avec la défavorisation matérielle et sociale. La mortalité féminine par cancer du col de l'utérus est également associée à la défavorisation matérielle et sociale. Toutefois, la mortalité par cancer du sein, du corps de l'utérus, des ovaires, du pancréas et de la vessie ne semble pas être associée à la défavorisation matérielle et sociale (Dupont, Pampalon et Hamel, 2004).

Les inégalités sociales, que ce soit pour le cancer ou toute autre maladie chronique, se reflètent sur l'ampleur de la fréquentation hospitalière et la mortalité. Ces disparités de santé s'expriment, entre autres choses, par l'exposition à un environnement défavorable et par l'adoption d'habitudes de vie plus néfastes à la santé parmi les populations moins favorisées. La prévalence du tabagisme actif et passif, de l'inactivité physique, de l'obésité et de la mauvaise alimentation (trop de gras et pas assez de légumes et de fruits) y est plus élevée (Lemire et Garand, 2010). Une fréquentation moins assidue des cabinets de médecin et un recours moins fréquent aux différents services de santé pourraient aussi expliquer les écarts de santé.

9. LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DU CANCER

Des calculs réalisés pour l'année 2008 estiment que la morbidité et la mortalité par cancer ont engendré des coûts annuels de 3,5 milliards de dollars au Québec (Boucher et Beaugard, 2010). De cette somme, 454,3 millions de dollars sont associés aux coûts financiers pour le système de santé (soins hospitaliers, traitements médicaux spécialisés, médication, etc.). Toujours selon cette étude, le cancer occasionne une perte de productivité équivalente à 72,2 millions de dollars et une baisse du taux d'emploi représentant 258,9 millions de dollars. Pour les familles, la maladie génère des dépenses supplémentaires de 95,8 millions de dollars et un coût économique assumé par les aidants naturels de 177,7 millions de dollars. Avec une répercussion négative de 2,42 milliards de dollars par année, la mortalité prématurée par cancer représente à elle seule tout près de 70 % des coûts économiques du cancer au Québec.

Ce montant de 3,5 milliards de dollars, calculé pour l'ensemble du Québec en 2008, pourrait représenter des coûts économiques d'environ 202 millions de dollars pour Lanaudière.

Les coûts relatifs aux soins donnent une idée des conséquences du cancer, mais ces déboursés peuvent être variables dans le temps. Ainsi, le prix des médicaments anticancéreux augmente d'environ 20 % par année. De même, les dépenses associées aux traitements et aux séjours hospitaliers pourraient diminuer en raison du recours aux soins ambulatoires (Santé Canada, 2004).



10. LES CANCERS EN ÉMERGENCE

L'incidence des différents cancers n'a pas toujours été la même au fil des ans. Le taux d'incidence du cancer du poumon affiche une baisse constante chez les Canadiens depuis une vingtaine d'années. Chez les Canadiennes, par contre, ce même taux est stable depuis le début des années 2000 (CDSCC, 2009).

L'analyse, entre 1980 et 2009, des taux d'incidence canadiens laisse supposer que certains cancers pourraient devenir plus préoccupants pour les décideurs et les intervenants du réseau de la santé. C'est le cas notamment du cancer de la thyroïde, dont le taux d'incidence a quintuplé chez les femmes et plus que doublé chez les hommes. Loin d'être exclusive au Canada, cette hausse est aussi observée en Europe et dans certaines parties des États-Unis. Elle concerne surtout les femmes de 20 à 39 ans et les hommes de 20 à 29 ans (Marrett et autres, 2008). La recrudescence des nouveaux cas de cancer de la thyroïde doit être considérée avec prudence puisqu'elle pourrait résulter du recours plus fréquent à l'imagerie médicale pour faciliter son repérage (CDSCC, 2009).

Avec le doublement de leur taux d'incidence chez les femmes et les hommes, les lymphomes non hodgkiniens semblent aussi être en émergence. « La tendance à la hausse de l'incidence s'explique sans doute par un ensemble de facteurs : amélioration de la détection et de la classification de ce groupe complexe de maladies et évolution des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé aux lymphomes non hodgkiniens est l'immunosuppression [...]. Au nombre des autres facteurs qui augmentent le risque et qui sont mal compris peut figurer l'exposition professionnelle aux pesticides et aux organochlorés, comme les herbicides phénoxy et les dioxines. » (CDSCC, 2009, p. 36)

Le cancer du foie chez les hommes - son taux d'incidence a triplé en 30 ans - entre également dans la catégorie des cancers en émergence. L'immigration provenant de contrées où le virus de l'hépatite B et l'aflatoxine¹⁶ sont endémiques, la multiplication des hépatites C et une prévalence plus élevée de la consommation excessive d'alcool pourraient expliquer cette tendance (CDSCC, 2009).

Même si la croissance de leur taux respectif d'incidence demeure modeste, trois autres cancers attirent l'attention : celui du rein, du testicule et le mélanome. L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer du rein résulterait d'une amélioration de la détection et d'une plus forte prévalence de l'obésité. La hausse de l'incidence du cancer du testicule demeure, pour l'instant, inexpliquée. La croissance de l'incidence du mélanome trouve son origine dans l'amélioration des techniques de dépistage. Une exposition plus longue au soleil expliquerait aussi cette augmentation (CDSCC, 2009).

La hausse du nombre de cas de cancer de la peau sans mélanome suscite de plus en plus d'inquiétude, même s'il est généralement non mortel. Causé par une trop grande exposition aux rayons ultraviolets, il peut provoquer des maladies des os, des cancers d'autres organes, etc. (Cyberpresse, 2010). Selon certaines études américaines, cette maladie aurait atteint le stade épidémique avec une hausse d'environ 4 % par année. Elle devrait augmenter avec encore plus de vigueur en raison du vieillissement de la population.

La non-disponibilité de données sur une longue période et, dans certains cas, le faible nombre de cas, rendent difficile l'identification des cancers en émergence dans Lanaudière. Rien ne laisse toutefois supposer que les préoccupations canadiennes présentées dans ce chapitre pourraient être différentes pour la population lanaudoise.



¹⁶ L'aflatoxine est une toxine produite par des champignons se propageant sur des graines entreposées dans un endroit chaud et humide.

DES VARIATIONS INTRARÉGIONALES

Les pages précédentes font état d'inégalités parfois importantes entre les sexes et selon l'âge quant à l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au cancer. De même, des écarts existent entre les populations Lanaudière et québécoise pour les cancers du poumon, du sein et de la prostate. De telles variations s'observent aussi entre les sous-régions Lanaudaises.

L'ensemble des cancers et, plus spécifiquement, les quatre sièges considérés dans ce rapport affectent plus les femmes et les hommes du territoire de RLS de la partie sud de Lanaudière que celui du nord. Ce constat est plutôt surprenant, car les caractéristiques socioéconomiques de la population du territoire de RLS de Lanaudière-Sud sont plus avantageuses que celles du RLS de Lanaudière-Nord. Or, il est démontré que les populations moins favorisées vivent dans des environnements moins propices à la santé et ont tendance à adopter des habitudes de vie néfastes à la santé. D'autres facteurs de risque, la pollution atmosphérique par exemple, pourraient entrer en ligne de compte.

C'est la population de la MRC des Moulins qui présente le bilan le plus préoccupant de la région quant à l'incidence, la morbidité hospitalière et la mortalité par cancer. À l'inverse, ce sont les femmes et les hommes de la MRC de Matawinie qui profitent du bilan régional le plus avantageux face au cancer.

CONCLUSION

Depuis déjà plusieurs années, le nombre de nouveaux cas de cancer est en hausse dans Lanaudière. Une telle situation, combinée à une croissance du taux de survie pour la plupart des formes de cancers, fera en sorte que le nombre de personnes vivant avec cette maladie augmentera (Ellison et Wilkins, 2009). Le vieillissement de la population contribuera à intensifier cette problématique, car la plupart des cancers touchent davantage les personnes plus âgées.

La prévalence du cancer donne « une indication générale de la demande de soins de santé et de services sociaux liés au cancer dans une population » (Ellison et Wilkins, 2009, p. 7). Il faut donc prévoir une augmentation des besoins requis pour systématiser la prévention du cancer, son traitement et le suivi des personnes atteintes. « La complexité de la maladie, le nombre grandissant de personnes qui y survivent et la diversité des parcours thérapeutiques, lesquels peuvent se prolonger sur plusieurs années, posent de grands défis aux systèmes de santé [...] » (Dubé et autres, 2010, p. 17)

Les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie demeurent des interventions à privilégier afin d'agir en amont de leur apparition puisque plusieurs types de cancers sont associés à des facteurs de risque modifiables.



Les mesures législatives défavorables aux pratiques nocives à la santé (ex. : restrictions à la pratique tabagique), le recours à une stratégie de promotion d'environnements propices à la santé et à la réduction des inégalités sociales peuvent aussi réduire l'incidence des maladies chroniques, dont le cancer (Barr et autres, 2003). C'est pourquoi la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de Lanaudière privilégie, dans son plan d'action régional 2009-2012, des interventions qui s'insèrent dans cette stratégie (ASSSL, 2009). Il s'agit notamment de :

- la mise en œuvre des activités issues de la *Politique québécoise en alimentation et nutrition*;
- l'adoption et la mise en œuvre de mesures ou de politiques en alimentation et en activité physique dans les milieux de travail et les milieux de vie;
- la réalisation d'activités de promotion et de prévention dans le cadre de l'approche *École en santé*;
- la réalisation d'actions de promotion des saines habitudes de vie privilégiées par le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*;
- la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie dans les milieux de travail;
- la mise sur pied d'activités municipales visant le développement d'environnements favorables à l'acquisition de saines habitudes de vie;
- la création de groupes et de réseaux pour favoriser l'accès à l'activité physique en milieux scolaire, de travail ou communautaire;
- la promotion de moyens efficaces d'assainissement de l'air intérieur et extérieur;
- la promotion de la substitution des substances cancérigènes en milieu de travail;
- la promotion de la vaccination (contre l'hépatite B et le virus du papillome humain, plus particulièrement);
- l'aide à la consolidation de la mise en place du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et aux activités nationales de dépistage du cancer du col utérin.

Pour maintenir et idéalement améliorer l'état de santé de la population, il importe au réseau de la santé et des services sociaux « d'en réduire l'incidence grâce à la prévention primaire et à la promotion de saines habitudes de vie, dont certaines peuvent avoir un effet protecteur contre les maladies chroniques. Puis, il faut en diminuer la prévalence et les récives au moyen de la prévention secondaire et des traitements. Enfin, il s'agit de réduire leur morbidité et les incapacités qui y sont liées, grâce à la prévention tertiaire, et d'en réduire la mortalité avec une combinaison de chacune de ces actions » (CSBE, 2010b, p. 96).

Nombreuses sont les personnes qui jugent que ces actions, pour être efficaces, doivent s'inscrire dans un modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques (*The Expanded Chronic Care Model*). Un tel modèle propose l'intégration des aspects préventif, communautaire et populationnel afin de favoriser une meilleure action sur les déterminants de la santé. Pour ce faire, la création de politiques publiques saines, le développement de milieux propices à la santé et le renforcement de l'action communautaire doivent se greffer à l'offre de service du réseau de la santé et de services sociaux (Barr et autres, 2003; CSBE, 2010b).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL). *SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010. (site Web consulté en 2010 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière, 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). (site Web consulté en 2010 : www.phac-aspc.gc.ca)

ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. *Cancer du poumon*, 2009. (site Web consulté en 2009 : www.pq.poumon.ca)

BARR, Victoria J., Sylvia ROBINSON, Brenda MARIN-LINK, Lisa UNDERHILL, Anita DOTTS, Darlene RAVENSDALE et Sandy SALIVARAS. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82.

BOSWELL-PURDY, Jane, William M. FLANAGAN, Hélène ROBERGE, Christel LE PETIT, Kathleen J. WHITE et Jean-Marie BERTHELOT. Impact du cancer sur la santé de la population au Canada, 2001, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 28, n° 1-2, 2007, p. 48-63.

BOUCHER, Pierre, et Henri BEAUREGARD. *Le coût économique du cancer au Québec en 2008*, Montréal, Coalition Priorité Cancer au Québec, 2010, 43 p.

BOURGAULT, Marie-Hélène, Denis BELLEVILLE, Georges ADIB (coll.), Louise DE GUIRET (coll.) et France LABRÈCHE (coll.). *Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines : estimation des risques de cancer du poumon et mésothéliome*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 68 p.

BREKELMANS, Cecile T.M. Risk Factors and Risk Reduction of Breast and Ovarian Cancer, *Obstetrics and Gynecology*, vol. 15, 2003, p. 63-68.

CLAVEL-CHAPELON, Françoise, et Marie-Christine BOUTRON-RUAULT. Viande, poisson et cancer colorectal, *Médecine sciences*, vol. 21, n° 10, 2005, p. 866-867. (site Web consulté en 2010 : <http://id.erudit.org/iderudit/011589ar>)

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (CCC). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 185 p.

COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (CDSCC). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2009, 132 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*, Québec, CSBE, 2010a, 252 p.



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux*, Québec, CSBE, 2010b, 132 p.

CYBERPRESSE. *Les cancers de la peau, une épidémie en hausse*, Montréal, 23 mars 2010. (site Web consulté en 2010 : www.cyberpresse.ca)

DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ. *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec - Projections 2008*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 80 p.

DUBÉ, Gaétane, Luc CÔTÉ, Monique BORDELEAU, Linda CAZALE et Issouf TRAORÉ. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2008 : portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 130 p.

DUPONT, Michèle, Robert PAMPALON et Denis HAMEL. *Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 13 p.

ELLISON, Larry, Julie STOKES, Laurie GIBBONS, Joan LINDSAY, Isra LEVY et Howard MORRISON. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : cancer de la prostate, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n° 1, 1998, p. 1-21.

ELLISON, Larry, et Kathryn WILKINS. La prévalence du cancer dans la population canadienne, *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 1, mars 2009, p. 7-20.

FORTIN, Dominique. *Les maladies chroniques au Québec : situation actuelle et évolution anticipée*, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, 2007, 30 p.

GIBBONS, Laurie, et Chris WATERS. Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité, *Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 3, mai 2003, p. 9-21.

GUILLEMETTE, André, Joëlle BRASSARD, Geneviève MARQUIS, Élisabeth CADIEUX, Louise LEMIRE, Marc GONEAU, Bernard-Simon LECLERC, Jacinthe BÉLISLE et Karine CHARBONNEAU (coll.). *Où en est la santé dans Lanaudière? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de connaissance/ surveillance/recherche/évaluation, 2001, 271 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Vivre égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la morbidité hospitalière et la mortalité dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 16 p.

HAEIK, Laura N., Ghyslaine NEILL, Nathalie PLANTE et Brigitte BEAUVAIS. L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales, *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, octobre 2006, 4 p.

HÉBERT-CROTEAU, Nicole, Chantale BEAUDET, André LANGLOIS, Andrée PATOINE, Johanne ALBERT et Anne-Marie LANGLOIS. *Bilan 10 ans 1998-2008. Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2009, 51 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Infocentre de santé publique du Québec*, 2010a. (site Web consulté en 2010 : www.infocentre.inspq.qc.ca/portail/sante/public/infocentre/accueil)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Tableau de bord 31 décembre 2009 en date du 13 avril 2010 (André Langlois) extrait du Forum PQDCS*, Québec, INSPQ, Équipe d'évaluation du PQDCS, 2010b.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (coll.) ET INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (coll.). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

LEMIRE, Louise. *La pratique de l'activité physique dans Lanaudière en 2005. Un portrait de la situation chez les jeunes et les adultes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 24 p.

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 40 p.

LEMIRE, Louise, Chantal GOSSELIN (coll.) et Sarah MONETTE (coll.). *L'usage de la cigarette et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement en 2005. Un aperçu de la situation dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009, 20 p.

MANUEL, Douglas G., Wei LUO, Anne-Marie UGNAT et Yang MAO. Espérance de vie corrigée en fonction de la santé en l'absence d'une cause chez les Canadiens atteints de certaines maladies chroniques, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 24, n° 4, automne 2003, p. 121-129.

MARRETT, Loraine, Prithwish DE, Parisa AIRIA et Dagny DRYER. Cancer in Canada in 2008, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 179, n° 11, 18 novembre 2008, 14 p.

MARTEL, Sylvie, et Robert CHOINIÈRE. *Une estimation du fardeau de différentes maladies chroniques à partir de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité Études et analyses de l'état de santé de la population, 2007, 31 p.

MCTIERNAN, Anne, Charles KOOPERBERG, Emily WHITE, Sara WILCOX, Ralph COATES, Lucile L. ADAMS-CAMPBELL, Nancy WOODS et Judith OCKENE. Recreational Physical Activity and the Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women, *Journal of the American Medical Association*, n° 293, 10 septembre 2003, p. 1331-1336.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction d'Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

NKONDJOCK, André, et Parviz GHADIRIAN. Facteurs de risque du cancer du sein, *Médecine sciences*, vol. 21, n° 2, 2005, p. 175-180. (site Web consulté en 2010 : <http://id.erudit.org/iderudit/011550ar>)

MONGEAU, Lyne, Nathalie AUDET, Jacinthe AUBIN et Rosanna BARALDI. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2005, 24 p.



NELSON, Roxanne. Obesity Linked to 124,000 New Cancers in Europe, *Medscape Medical News, CDC Commentary Series*, 2009, 3 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs : Rapport mondial*, Genève, OMS, Soins de santé pour les affections chroniques, 2003, 105 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE. Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 4, décembre 2009, 11 p.

ROCHON, Madeleine. Tabagisme et cancer du poumon. Québec et France. Une double convergence, *Gérontologie et société*, 2003, n° 105, p. 69-88.

ROY, Denis, Nicole LEFEBVRE, Sylvie BERNIER et Michel BUREAU (sous la direction de). *Programme québécois de lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, 2003, 392 p.

SANTÉ CANADA. *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*, Ottawa, Santé Canada, n° H39-4/50-2004F-PDF au catalogue, 2004, 92 p.

SHIELDS, Margot, et Kathryn WILKINS. Le point sur la mammographie au Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, juin 2009, 14 p.

SIMONEAU, Marie-Eve. *Le dépistage du cancer dans Lanaudière. Point de mire sur les cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009, 16 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (SCC). (site Web consulté en 2009 et 2010 : www.cancer.ca)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (SCC) et INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (INCC). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2007, 120 p.

VANDAL, Nathalie, Jean-Marc DAIGLE, Nicole HÉBERT-CROTEAU, Isabelle THÉBERGE, Diane MAJOR et Jacques BRISSON. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 14 p.

VILLENEUVE, Paul, et Howard MORRISON. Tendances de la mortalité associée aux cancers reliés au tabagisme, de 1950 à 1991, *Tendances sociales canadiennes*, 1995, p. 9-12.

WILKINS, Kathryn, et Margot SHIELDS. Dépistage du cancer colorectal au Canada – 2008, *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, juin 2009, 11 p.

XUJMEI, Sui, Duck-Chul LEE, Charles E. MATTHEWS, Swann A. ADAMS, James R. HÉBERT, Timothy S. CHURCH, Chong-Do LEE et Steven N. BLAIR. The Influence of Cardiorespiratory Fitness on Lung Cancer Mortality, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2010.



ANNEXE 1

Nouveaux cas (2000-2006), hospitalisations (2006-2007 à 2008-2009) et décès (2000-2009) associés au cancer selon l'année et le sexe, Lanaudière (N)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nouveaux cas								
Ensemble des cancers	Femmes	863	840	855	931	910	1 034	1 109
	Hommes	967	1 033	1 031	1 041	1 153	1 132	1 213
Poumon	Femmes	139	132	171	163	148	179	191
	Hommes	189	208	238	234	266	242	250
Colorectal	Femmes	93	89	98	99	108	118	118
	Hommes	147	133	138	124	157	133	156
Sein	Femmes	248	249	224	247	279	280	294
Prostate	Hommes	144	191	213	201	236	215	222

		2006-2007	2007-2008	2008-2009
Hospitalisations				
Ensemble des cancers	Femmes	1 139	1 159	1 168
	Hommes	1 375	1 362	1 364
Poumon	Femmes	189	196	208
	Hommes	235	218	228
Colorectal	Femmes	147	141	151
	Hommes	204	185	217
Sein	Femmes	159	174	180
	Hommes	0	3	2
Prostate	Hommes	198	241	241

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ^p	2009 ^p
Décès											
Ensemble des cancers	Femmes	342	366	404	402	381	411	444	458	566	495
	Hommes	497	502	485	522	535	563	530	526	591	598
Poumon	Femmes	107	119	130	120	124	134	136	149	187	167
	Hommes	160	169	200	197	206	207	194	205	242	231
Colorectal	Femmes	30	43	34	52	42	47	46	54	52	56
	Hommes	63	66	53	57	60	75	69	65	61	80
Sein	Femmes	54	56	58	53	48	54	55	73	86	63
	Hommes	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2
Prostate	Hommes	32	43	40	35	40	35	36	34	46	56

p : données provisoires.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2000 à 2006.
MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2009.



ANNEXE 2

Taux standardisés d'incidence (2003-2005), d'hospitalisation (2006-2007 à 2008-2009) et de mortalité (2003-2005) associés au cancer selon le sexe, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec (pour 100 000 personnes)

		D'Autray	Joliette	Matawinie	Montcalm	RLS Lanaudière- Nord	L'Assomption	Les Moulins	RLS Lanaudière- Sud	Lanaudière	Le Québec
Ensemble des cancers											
Incidence	Femmes	484,1	424,2	419,9	472,3	444,0	445,1	486,3 +	464,2	451,5	440,8
	Hommes	702,8 +	684,4 +	525,8 -	570,2	618,8 +	661,7 +	611,5	636,7 +	622,5 +	581,4
Hospitalisation	Femmes	448,8 -	456,4 -	473,3	568,5 +	479,3 -	475,9	539,4 +	507,2	490,4	503,9
	Hommes	604,6	590,4	597,1	664,5	610,2	650,0	673,3 +	659,1 +	629,9	625,4
Mortalité	Femmes	193,7	197,5	157,1	204,9	187,7	189,3	193,4	191,8	189,1	181,8
	Hommes	328,5 +	366,3 +	292,3	276,0	319,7 +	329,7 +	336,4 +	331,1 +	323,4 +	281,3
Poumon											
Incidence	Femmes	77,3	70,0	64,9	90,5 +	73,4 +	70,4	97,1 +	82,9 +	76,9 +	62,2
	Hommes	152,9 +	131,6	129,2	109,2	132,1 +	159,1 +	147,7 +	151,9 +	139,3 +	111,2
Hospitalisation	Femmes	68,1	63,4	89,2	109,1 +	80,2	77,0	91,9 +	84,1 +	81,7 +	73,9
	Hommes	99,3	83,7 -	100,7	127,4	100,6	97,4	132,9 +	111,7	104,7	111,5
Mortalité	Femmes	63,6	57,1	48,8	73,4 +	59,1 +	51,5	73,0 +	61,3 +	59,7 +	48,0
	Hommes	105,1	125,7 +	119,9 +	86,7	113,0 +	128,5 +	133,8 +	129,2 +	118,7 +	95,7
Colorectal											
Incidence	Femmes	77,2 +	44,3	33,8 -	37,3	47,1	60,8	54,4	58,1	51,8	51,8
	Hommes	98,4	79,6	54,9 -	72,4	74,1	84,7	69,4	78,5	75,8	77,5
Hospitalisation	Femmes	56,1	68,2	61,8	57,3	61,7	59,4	64,5	61,0	61,3	61,1
	Hommes	79,7	81,4	81,2	99,8	85,0	114,3 +	92,3	105,0 +	94,2	92,3
Mortalité	Femmes	24,8	19,9	23,7	12,8	20,6	29,9 +	18,9	25,1	22,7	21,1
	Hommes	39,8	50,7 +	27,3	30,1	37,9	36,1	34,3	35,8	37,7	33,7
Sein chez la femme											
Incidence		120,0	118,4	111,4	123,9	118,0	133,4	132,1	132,2	124,3	121,8
Hospitalisation		76,2	47,8 -	55,5 -	100,5	65,4 -	74,9 -	81,6	79,6 -	72,6 -	91,3
Mortalité		25,8	30,8	16,1 -	17,3	23,2	27,4	25,1	26,7	24,4 -	28,8
Prostate											
Incidence		136,8	139,2	96,3	99,9	116,6	142,7 +	130,7	136,6 +	125,0	116,6
Hospitalisation		82,5	106,6 +	93,9	109,0 +	98,0 +	99,2	109,0 +	103,9 +	100,4 +	86,8
Mortalité		30,4	34,1	24,4	31,0	29,2	25,6	29,5	26,5	27,8	25,2

Note : Les taux inscrits en vert sont statistiquement inférieurs (-) et ceux en rouge sont statistiquement supérieurs (+) à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %. Le fait d'établir une différence significative entre deux taux résulte de la comparaison entre les intervalles de confiance des rapports de taux standardisés.

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005.

MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, 2010

† Tiré du SYLIA, Service de surveillance, recherche et évaluation.



Conception, analyse et rédaction

André Guillemette
Agent de planification,
de programmation et de recherche

**Extraction, traitement des données
et graphiques**

Christine Garand
Technicienne en recherche psychosociale

**Collaborateurs à la série *Les maladies chroniques
dans Lanaudière***

Abdoul Aziz Gbaya
Louise Lemire
Marie-Eve Simoneau

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont
Sylvie Harvey

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Marguerite Paiement
- DSPE : Laurence Éloy
Laurent Marcoux
Josée Payette
Louis-Georges Perreault
Jean-Pierre Trépanier

Dépôt légal

ISBN 978-2-89669-042-8 (version imprimée, 2^e édition, 2011)

ISBN 978-2-89669-043-5 (version PDF, 2^e édition, 2011)

ISBN 978-2-923685-84-7 (version imprimée, 1^{re} édition, 2010)

ISBN 978-2-923685-85-4 (version PDF, 1^{re} édition, 2010)

Premier trimestre 2011

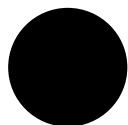
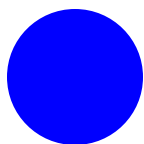
Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non
commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document
devra porter la source suivante :

GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). *Le cancer. Les maladies
chroniques dans Lanaudière, 2^e édition*, Joliette, Agence de la santé et des
services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation,
Service de surveillance, recherche et évaluation, février 2011, 36 pages.



Source : Istockphoto