

LE CANCER AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN : SURVOL ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

JUIN 2016

UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Le cancer est reconnu comme un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de sa sévérité et des coûts, tant économiques que sociaux, qu'il entraîne (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007). On estime que près d'un Canadien sur deux développera un cancer au cours de sa vie, et on prévoit que le quart de ceux qui en seront atteints mourront de la maladie. Pourtant, au moins 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie et par la mise en œuvre de politiques de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Comme le rappelle le *Programme national de santé publique 2015-2025*, « la lutte contre le cancer constitue un enjeu d'importance dans notre société » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 : 19). C'est pourquoi, tous les moyens en ce sens nécessaires, de la prévention à l'accès à des traitements et à des soins palliatifs de qualité, en passant par le dépistage et par la promotion de saines habitudes de vie, ont progressivement été déployés au cours des dernières années dans la région, comme ailleurs au Québec.

Afin de mieux cibler les actions à poursuivre et à entreprendre dans le cadre de la lutte contre le cancer, ce document présente les données les plus récentes relatives à ce problème de santé chronique au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans un premier temps, il dresse le portrait de l'incidence et de la mortalité de cette maladie, en fonction du sexe, de l'âge, du type de tumeurs et de sa répartition dans les territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région. Dans un deuxième temps, il présente les tendances relatives à son évolution et à sa prévalence, et fait état, finalement, des perspectives et des enjeux y étant associés.

FAITS SAILLANTS

- > Avec près de 35 % des décès enregistrés annuellement, le cancer est la première cause de mortalité au Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- > Chaque jour, dans la région, près de cinq personnes reçoivent un diagnostic de cancer, environ sept personnes sont hospitalisées des suites de cette maladie et deux personnes en meurent.
- > La région se démarque du Québec par des taux (ajustés selon l'âge) significativement plus élevés d'incidence du cancer depuis une trentaine d'années.
- > Le vieillissement accéléré de la population régionale entraîne une croissance soutenue du nombre de nouveaux cas et de décès attribués au cancer.
- > Plus d'un cas de cancer sur deux pourrait être évité par l'adoption de saines habitudes de vie et par la mise en œuvre de politiques de santé.

AUTEUR

Fabien Tremblay, agent de planification, programmation et recherche

RELECTURE

Ann Bergeron, médecin-conseil responsable en surveillance de l'état de santé de la population

Audrey Bolduc, adjointe à la direction

René Lapierre, agent de planification, programmation et recherche

Édition produite par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante : www.santesaglac.com (section Documentation).

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN (version PDF) : 978-2-550-75586-9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

MÉTHODOLOGIE

Les données les plus récentes disponibles sur l'incidence du cancer couvrent une période qui s'échelonne de 1984 à 2010. Celles-ci proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux et sont regroupées dans le *Fichier des tumeurs du Québec*, dont la source principale est l'épisode de soins hospitaliers de courte durée et la chirurgie d'un jour par le *Fichier MED-ECHO*. Les données relatives à la mortalité sont disponibles de 1979 à 2011 et sont tirées du *Fichier des décès*. Le nombre de cas prévalents est calculé à partir du dénombrement de tous les nouveaux cas qui ont été diagnostiqués (*Fichier des tumeurs du Québec*) depuis un certain délai (2 ans, 5 ans, 10 ans, 15 ans) et qui sont encore vivants au cours de la période étudiée (*Fichier des décès*).

L'exhaustivité du dénombrement des cas de cancers au sein du *Fichier des tumeurs* est évaluée à 92 %. Elle «varie selon le siège du cancer : [...] pour les cancers de la prostate et du mélanome [elle] est relativement faible (67,9 % et 65,4 %, respectivement), alors que celle des autres cancers chez les adultes atteint 95,9 % ». Dans l'ensemble, « le *Fichier des tumeurs du Québec* présente une très bonne exhaustivité pour les nouveaux cas de cancer confirmés en histologie chez les adultes et une excellente exhaustivité chez les jeunes » (Institut national de santé publique du Québec, 2003 : 15).

L'ensemble des cas de cancer apparaissant au *Fichier des tumeurs du Québec* a été classé selon la Classification internationale des maladies en oncologie (CIM-O-3), ce qui rend l'ensemble des

données d'incidence comparables dans le temps. Par contre, l'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 engendre une légère brisure dans l'analyse temporelle de la mortalité pour certains sièges de cancer. « En utilisant la CIM-10 pour classer la cause de décès, on obtient 1,9 % de moins de décès dus aux tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon. Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre de décès classés selon la CIM-9 ou selon la CIM-10 à tumeurs malignes du côlon, du rectum et de l'anus. La classification de la cause de décès selon la CIM-10 au lieu de la CIM-9 résulte en une augmentation du nombre de décès dus à une tumeur maligne du sein et dus à une tumeur maligne de la prostate de 1,3 % et 3,2 %, respectivement. » (Statistique Canada, 2005 : 6)

Tant pour l'incidence que pour la mortalité et la prévalence, les taux sont ajustés selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011. Toutes les différences statistiques soulignées sont significatives au seuil alpha de 0,01.

Le modèle Nordpred est utilisé pour projeter les taux d'incidence et de mortalité (Moller et collègues, 2002; Nowatzki et collègues, 2011). Il s'agit d'un modèle âge-période-cohorte qui utilise les données observées par période de cinq ans, groupes d'âges de cinq ans et cohortes de cinq ans pour produire les projections.

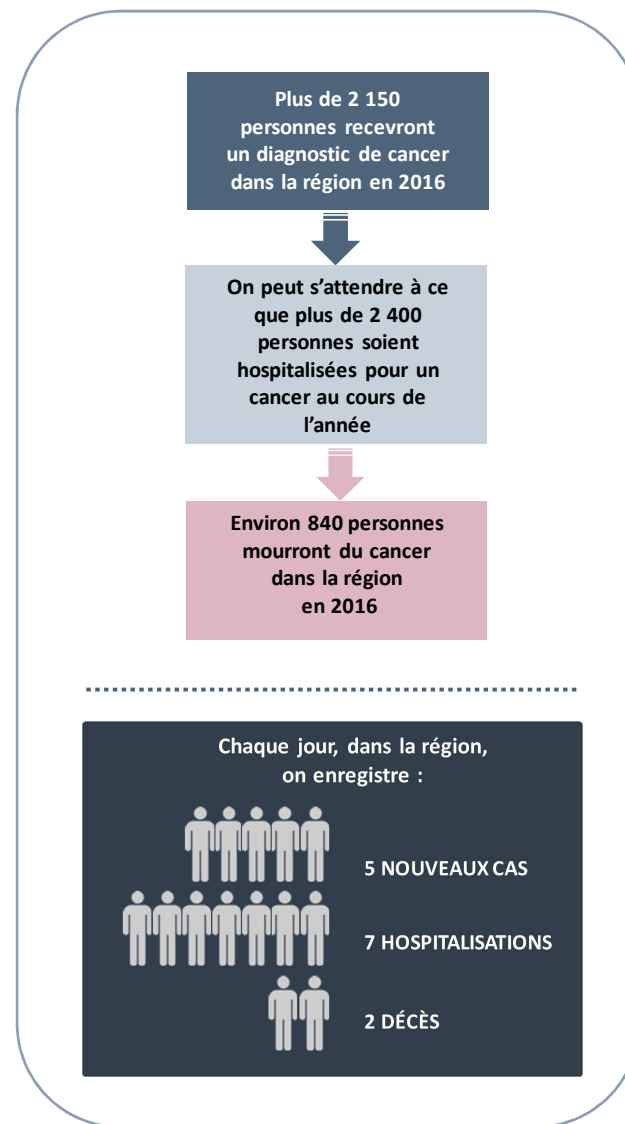


L'ampleur du phénomène

Environ 48 700 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués au Québec en 2013 (Comité consultation de la Société canadienne du cancer, 2015). Après Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse, le Québec est la province canadienne qui enregistre les plus hauts taux de mortalité par cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

Par ailleurs, la région se démarque du Québec par des taux d'incidence significativement plus élevés pour l'ensemble des tumeurs ainsi que pour certains cancers, et ce, depuis au moins une trentaine d'années.

Comme au Québec, le cancer est la première cause de mortalité au Saguenay-Lac-Saint-Jean. À elle seule, cette maladie est responsable de plus de 35 % des décès observés annuellement dans la région. Pour la période la plus récente étudiée, 1 708 nouveaux cas de cancers (2006-2010) et 764 décès causés par cette maladie (2007-2011) ont été enregistrés, en moyenne chaque année, au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il n'est donc pas étonnant de constater que le cancer soit une importante cause d'hospitalisation. Entre 2009 et 2014, 9 % des admissions (2 436) dans les centres hospitaliers de la région y sont annuellement attribuables. Ainsi, on estime que chaque jour, dans la région, près de cinq personnes reçoivent un diagnostic de cancer, environ sept personnes sont hospitalisées en lien avec cette maladie et deux personnes en meurent.



L'INCIDENCE ET LA MORTALITÉ SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE TERRITOIRE DE RLS

Le sexe

Les probabilités de développer un cancer sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Pour la période la plus récente étudiée (2006-2010), 909 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez des hommes de la région, contre 799 chez des femmes, pour des taux ajustés selon l'âge (pour 100 000 personnes) de 714 et 531, respectivement. Le nombre de décès, tout comme le taux ajusté de mortalité, est également plus élevé chez les hommes que chez les femmes de la région. Entre 2007 et 2011, 409 décès attribuables au cancer ont été enregistrés annuellement chez des hommes, contre 355 chez des femmes, pour des taux ajustés (pour 100 000) de 324 et de 224 (tableau 1). Ainsi, l'écart entre les hommes et les femmes est moins important en ce qui concerne l'incidence, essentiellement, parce que les hommes tendent à développer des cancers plus létaux que les femmes.

Notons, finalement, que le taux ajusté d'incidence du cancer chez les hommes de la région est significativement plus élevé que chez ceux du reste du Québec (tableau 1).

TABLEAU 1

Incidence et mortalité (nombre annuel moyen et taux ajusté pour 100 000 personnes), selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2006-2010 et 2007-2011

	HOMMES			FEMMES			SEXES RÉUNIS			Ratio hommes-femmes
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	
INCIDENCE (2006-2010)										
Saguenay–Lac-Saint-Jean	909	714	(+)	799	531	n.s.	1 708	607	(+)	1,34
Reste du Québec	21 705	655		20 898	518		42 603	573		1,26
MORTALITÉ (2007-2011)										
Saguenay–Lac-Saint-Jean	409	324	n.s.	355	224	n.s.	764	266	n.s.	1,45
Reste du Québec	9 775	308		8 924	219		18 698	256		1,54

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs* et *Fichier des décès*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.

n.s. Aucune différence statistiquement significative.

FIGURE 1A
Répartition du nombre de nouveaux cas selon le sexe (2006-2010)

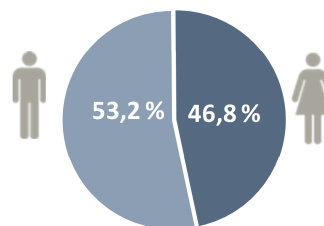
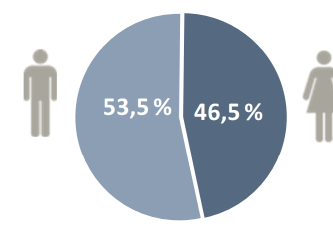


FIGURE 1B
Répartition du nombre de décès selon le sexe (2007-2011)



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs* et *Fichier des décès*.

L'âge

Comme pour la plupart des maladies chroniques se développant sur une longue période, l'âge est le principal facteur de risque du cancer (figure 2A). Ainsi, le cancer demeure relativement rare avant 50 ans et les chances de le développer ou d'en mourir augmentent de façon importante en vieillissant :

- > 10 % des nouveaux cas et 5 % des décès sont observés chez des personnes de moins de 50 ans;
- > 45 % des nouveaux cas et 60 % des décès surviennent chez des personnes de 70 ans et plus;
- > 19 % des nouveaux cas et 30 % des décès surviennent chez des personnes de 80 ans et plus.

Pour la période 2006-2010, huit nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués annuellement chez les moins de 15 ans et neuf chez les 15 à 24 ans.

Des différences sont notables entre la région et le reste du Québec en ce qui concerne les taux bruts d'incidence chez les hommes âgés de 60 et 79 ans et chez les femmes de 80 ans et plus uniquement (figure 2A). Pour ces deux groupes, les taux sont significativement plus élevés au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

FIGURE 2A

Incidence du cancer (taux brut pour 100 000 personnes), selon le groupe d'âges et le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

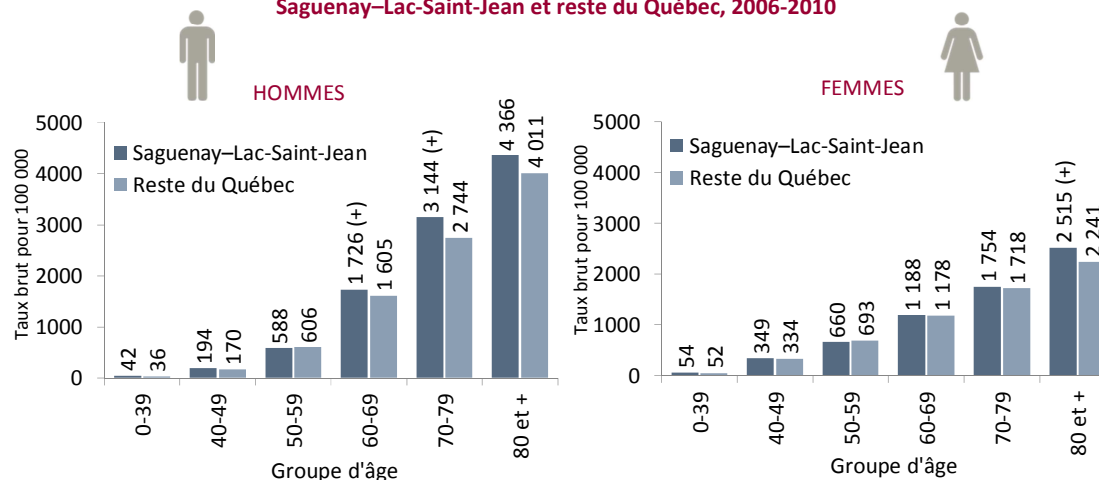
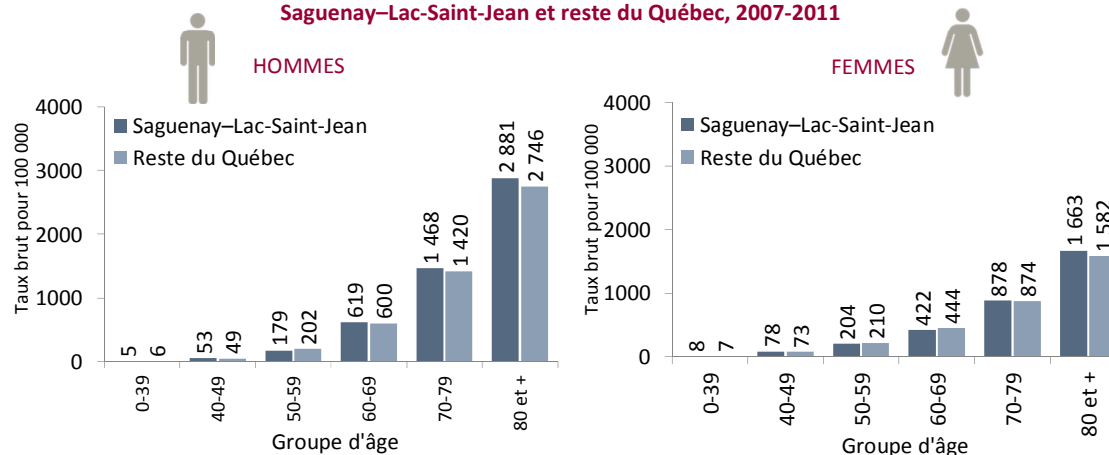


FIGURE 2B

Mortalité par cancer (taux brut pour 100 000 personnes), selon le groupe d'âges et le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2007-2011



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs* et *Fichier des décès*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.

Les territoires de RLS

Les tableaux 2A et 2B présentent les taux d'incidence et de mortalité selon le sexe, pour chacun des territoires de réseau local de services de la région. Chez les hommes, pour la période 2006-2010, les taux ajustés d'incidence sont significativement plus élevés que dans le reste du Québec dans les territoires de Domaine-du-Roy, de Jonquière et de Chicoutimi. Chez les femmes, aucun territoire de RLS de la région ne se distingue du reste du Québec. De même, aucune différence statistiquement significative n'est notable entre les territoires de RLS et le reste du Québec en ce qui concerne la mortalité, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.



TABEAU 2A

Incidence du cancer (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le sexe et le territoire de réseau local de services, Saguenay-Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

	HOMMES			FEMMES			SEXES RÉUNIS		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	111	747	(+)	96	552	n.s.	207	632	(+)
Maria-Chapdelaine	89	684	n.s.	70	494	n.s.	159	580	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	174	711	n.s.	141	514	n.s.	315	600	n.s.
Jonquière	215	721	(+)	204	563	n.s.	419	626	(+)
Chicoutimi	250	726	(+)	224	520	n.s.	474	601	n.s.
La Baie	70	657	n.s.	64	530	n.s.	134	581	n.s.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	909	714	(+)	799	531	n.s.	1 708	607	(+)
Reste du Québec	21 705	655		20 898	518		42 603	573	

TABEAU 2B

Mortalité par cancer (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le sexe et le territoire de réseau local de services, Saguenay-Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2007-2011

	HOMMES			FEMMES			SEXES RÉUNIS		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	53	358	n.s.	39	212	n.s.	92	275	n.s.
Maria-Chapdelaine	39	295	n.s.	36	240	n.s.	74	264	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	79	323	n.s.	67	231	n.s.	146	271	n.s.
Jonquière	91	314	n.s.	87	228	n.s.	179	263	n.s.
Chicoutimi	112	327	n.s.	100	218	n.s.	212	262	n.s.
La Baie	34	326	n.s.	27	215	n.s.	61	262	n.s.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	409	324	n.s.	355	224	n.s.	764	266	n.s.
Reste du Québec	9 775	308		8 924	219		18 698	256	

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs* et *Fichier des décès*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.

n.s. Aucune différence statistiquement significative.

LES SIÈGES LES PLUS IMPORTANTS

L'incidence

L'incidence du cancer varie d'un siège à l'autre (tableau 3). À eux seuls, le cancer du poumon (trachée, bronches et poumon), le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont responsables de plus de la moitié des nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans la région entre 2006 et 2010, soit 55 % (tableau 3). L'importance relative de chacun de ces sièges varie d'un sexe à l'autre. Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate (22 % du total, 203 nouveaux cas/an), du poumon (19 % du total, 173 nouveaux cas/an) et le cancer colorectal (14 % du total, 129 cas/an). Chez les femmes, le cancer du sein est le plus diagnostiqué (27 % du total, 218 nouveaux cas) suivi de celui du poumon (16 % du total, 124 nouveaux cas/an) et du cancer colorectal (12 % du total, 98 nouveaux cas/an) (voir annexe 2 pour des données par territoires de RLS).

À l'exception du cancer du poumon, de celui de la prostate et des lymphomes chez les hommes, les taux régionaux d'incidence pour tous les sièges principaux de cancer sont comparables à ceux observés dans le reste du Québec (tableau 3).

Les sièges de cancer prédominants chez les jeunes diffèrent de ceux chez les adultes, la leucémie lymphocytaire aiguë et le cancer de l'encéphale et du système nerveux étant les plus fréquents (données non présentées).

TABEAU 3

Incidence (nombre annuel moyen, % et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes) des principaux sièges de cancer, selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006-2010

HOMMES



909 nouveaux cas
par année

	Nombre annuel moyen	%	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Prostate	203	22,3	155	(+)
Trachée, bronches et poumon	173	19,0	140	(+)
Côlon et rectum	129	14,2	101	n.s.
Vessie	57	6,3	46	n.s.
Lymphomes	47	5,2	36	(+)
Pancréas	26	2,9	20	n.s.
Estomac	23	2,5	18	n.s.
Leucémie	24	2,6	19	n.s.
Cavité buccale et pharynx	22	2,4	16	n.s.
Encéphale et système nerveux	15	1,7	11	n.s.
Peau (mélanome)	12	1,3	9	n.s.
Ensemble des tumeurs ¹	909	100,0	714	(+)

FEMMES



799 nouveaux cas
par année

	Nombre annuel moyen	%	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Sein	218	27,3	148	n.s.
Trachée, bronches et poumon	124	15,5	82	n.s.
Côlon et rectum	98	12,3	64	n.s.
Lymphomes	36	4,5	24	n.s.
Vessie	23	2,9	15	n.s.
Ovaire	21	2,6	14	n.s.
Pancréas	18	2,3	12	n.s.
Leucémie	17	2,1	12	n.s.
Estomac	14	1,8	9	n.s.
Encéphale et système nerveux	13	1,6	10	n.s.
Col de l'utérus	13	1,6	10	n.s.
Cavité buccale et pharynx	11	1,4	8	n.s.
Peau (mélanome)	10	1,3	7	n.s.
Ensemble des tumeurs ¹	799	100,0	531	n.s.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du Québec au seuil alpha de 0,01.

1. Excluant les cancers de la peau autres que le mélanome.

La mortalité

L'ordre d'importance des différents sièges de cancer en termes de mortalité dépend à la fois de l'ampleur de leur incidence, mais également de leur létalité (tableau 4). Ainsi, le cancer du poumon est le siège responsable du plus grand nombre de décès chez les hommes et les femmes (36 % des décès chez les hommes et 28 % chez les femmes, soit respectivement 144 et 97 décès par an). Arrivent ensuite, le cancer colorectal et le cancer de la prostate chez les hommes (12 % et 7 %, soit 47 et 26 décès par an) et le cancer du sein et le cancer colorectal chez les femmes (15 % et 12 %, soit 54 et 42 décès par an).

Parmi les cancers les plus fréquents chez les hommes, les taux de mortalité pour le siège du poumon et pour celui de l'estomac sont significativement plus élevés dans la région que dans le reste du Québec (tableau 4). Aucune autre différence avec le reste du Québec n'est notable à ce sujet.



TABEAU 4

Mortalité (nombre annuel moyen, % et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes) pour les principaux sièges de cancer, selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007-2011

HOMMES

 401 décès par année

	Nombre annuel moyen	%	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Trachée, bronches et poumon	144	35,9	113	(+)
Côlon et rectum	47	11,7	37	n.s.
Prostate	26	6,5	22	n.s.
Pancréas	24	6,0	18	n.s.
Estomac	17	4,2	13	(+)
Lymphome non hodgkinien	16	4,0	11	n.s.
Leucémie	13	3,2	9	n.s.
Vessie	12	3,0	10	n.s.
Encéphale et système nerveux	10	2,5	7	n.s.
Lèvre, cavité buccale et pharynx	7	1,7	5,2*	n.s.
Peau (mélanome)	3	0,7	2,5*	n.s.
Ensemble des tumeurs	401	100,0	317	n.s.

FEMMES

 350 décès par année

	Nombre annuel moyen	%	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Trachée, bronches et poumon	97	27,7	62	n.s.
Sein	54	15,4	34	n.s.
Côlon et rectum	42	12,0	26	n.s.
Leucémie	22	6,3	8	n.s.
Pancréas	16	4,6	10	n.s.
Ovaire	15	4,3	10	n.s.
Lymphome non hodgkinien	10	2,9	7	n.s.
Estomac	10	2,9	6	n.s.
Encéphale et système nerveux	9	2,6	6	n.s.
Vessie	5	1,4	3,1*	n.s.
Col de l'utérus	3	0,9	2,3*	n.s.
Peau (mélanome)	3	0,9	2,0*	n.s.
Lèvre, cavité buccale et pharynx	2	0,6	1,4*	n.s.
Ensemble des tumeurs	350	100,0	221	n.s.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des décès*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % à interpréter avec prudence.

ÉVOLUTION ET TENDANCES

L'incidence

Le Saguenay–Lac-Saint-Jean a longtemps enregistré des taux d'incidence de cancer plus élevés que dans le reste du Québec (figure 3). Cet écart semble néanmoins s'amenuiser depuis quelques années.

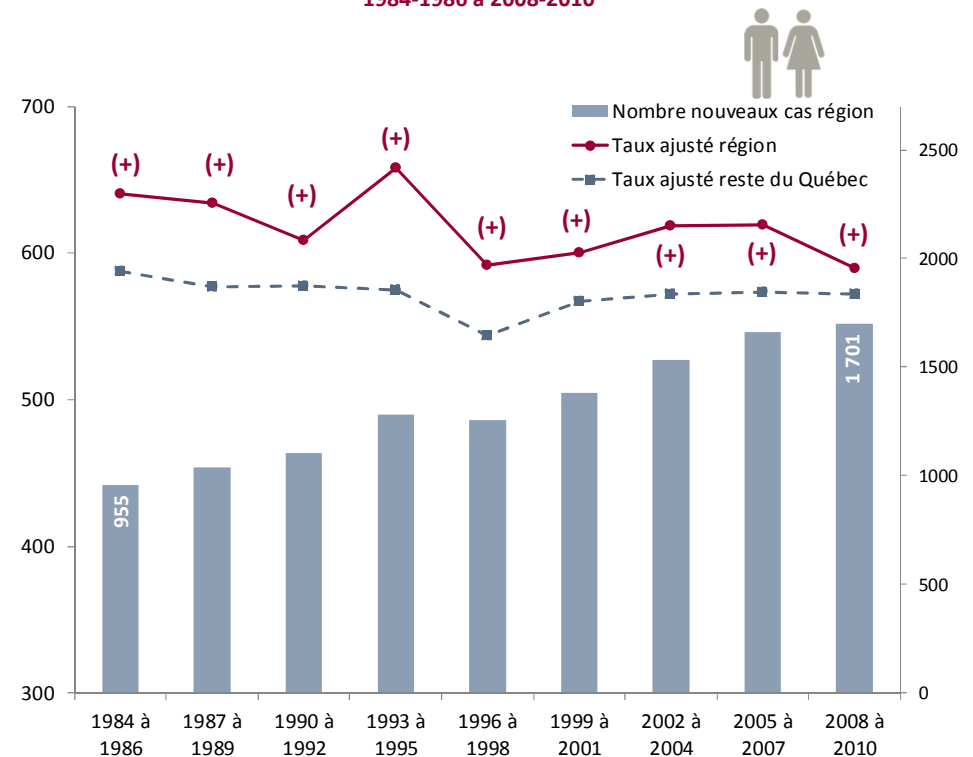
À la lecture de la figure 3, on peut voir que le taux ajusté d'incidence a connu d'importantes fluctuations dans la région au cours des 26 années étudiées, mais que dans l'ensemble il a lentement diminué, passant de 640 pour 100 000 pour la période 1984-1986 à 590 pour 100 000 pour la période 2008-2010. À l'échelle du reste du Québec, on observe une légère diminution au cours des années 1980-1990. Le taux d'incidence du cancer semble néanmoins se stabiliser par la suite.

Malgré cette diminution globale du taux ajusté d'incidence, on observe un accroissement important du nombre de nouveaux cas de cancer dans la région. Cette augmentation de 78 % entre 1984-1986 et 2008-2010 est une conséquence immédiate du vieillissement de la population régionale. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a plus que doublé au cours de cette période, passant de 19 000 à 46 000.



FIGURE 3

Évolution de l'incidence du cancer (taux brut pour 100 000 personnes et nombre annuel moyen de nouveaux cas), Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 1984-1986 à 2008-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.
Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du Québec au seuil alpha de 0,01.

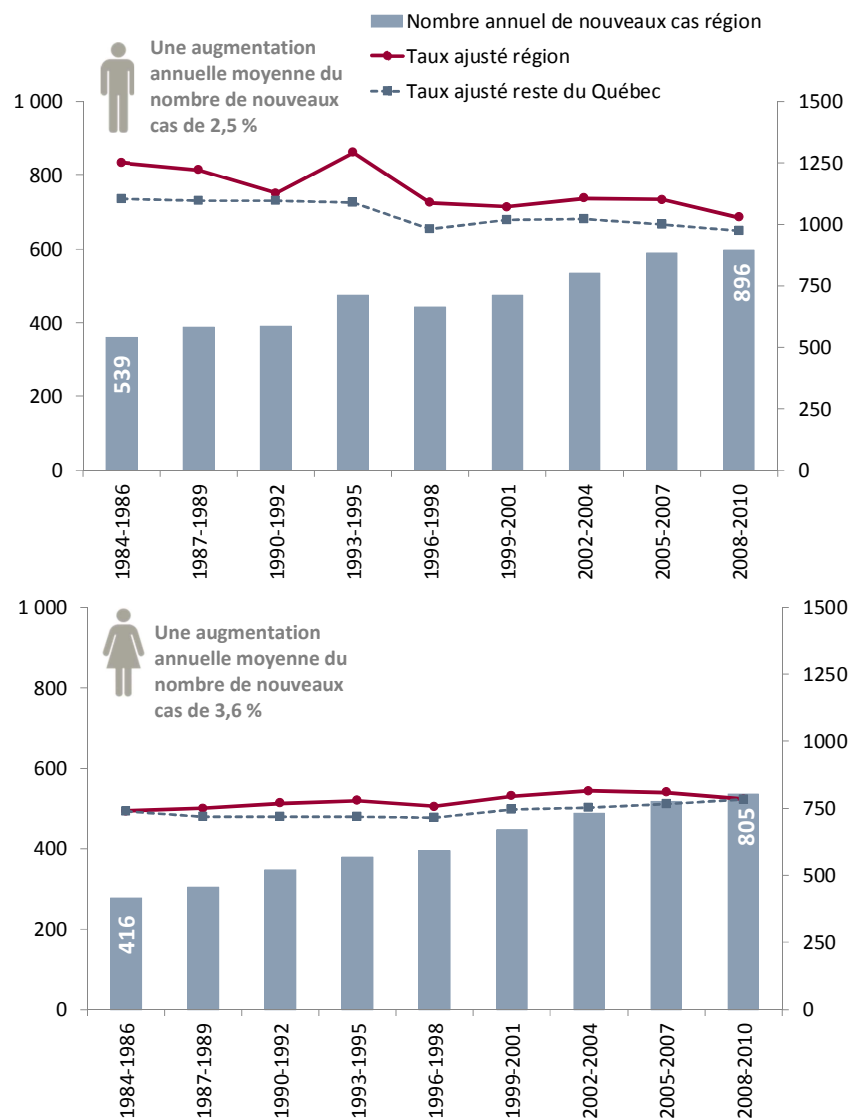
L'incidence du cancer évolue différemment d'un sexe à l'autre (figure 4). À l'exception d'une petite fluctuation au cours des années 1990 qui s'explique par un recours plus important au dépistage opportuniste du cancer de la prostate, on observe une diminution du taux ajusté d'incidence pour l'ensemble des cancers chez les hommes au cours de toute la période étudiée (de 833 pour 100 000 à 685 pour 100 000), alors qu'il continue d'augmenter chez les femmes (de 493 pour 100 000 à 523 pour 100 000). Cette différence entre les hommes et les femmes s'explique en très grande partie par l'incidence du cancer du poumon dont le taux diminue de façon importante depuis plusieurs années chez les hommes, mais augmente chez les femmes (figure 7).

Toutes ces tendances reflètent globalement ce qui est observé dans le reste du Québec, et ce, malgré l'écart qui sépare le taux ajusté d'incidence des hommes de la région du taux de ceux du reste du Québec, sur l'ensemble de la période étudiée.

Somme toute, on constate que le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de façon soutenue dans la région entre 1984 et 2010, et ce, autant chez les femmes que chez les hommes. Cette croissance est cependant un peu plus soutenue chez les femmes. Cela s'explique par le fait que la croissance chez les hommes est essentiellement une conséquence du vieillissement de la population, le taux ajusté selon l'âge tendant à diminuer chez ces derniers. Chez les femmes, chez qui on observe une légère croissance du taux ajusté, on peut penser que l'influence d'autres facteurs s'additionne à l'effet du vieillissement sur l'incidence de la maladie.

FIGURE 4

Évolution de l'incidence du cancer (taux ajusté pour 100 000 personnes et nombre annuel moyen de nouveaux cas), selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 1984-1986 à 2008-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.

La mortalité

Rappelons qu'avec 35 % de tous les décès enregistrés entre 2007 et 2011 dans la région, le cancer est la première cause de mortalité, devant les maladies de l'appareil circulatoire (24 %), les maladies de l'appareil respiratoire (10 %), les maladies du système nerveux (7 %) et les traumatismes (7 %) (annexe 1).

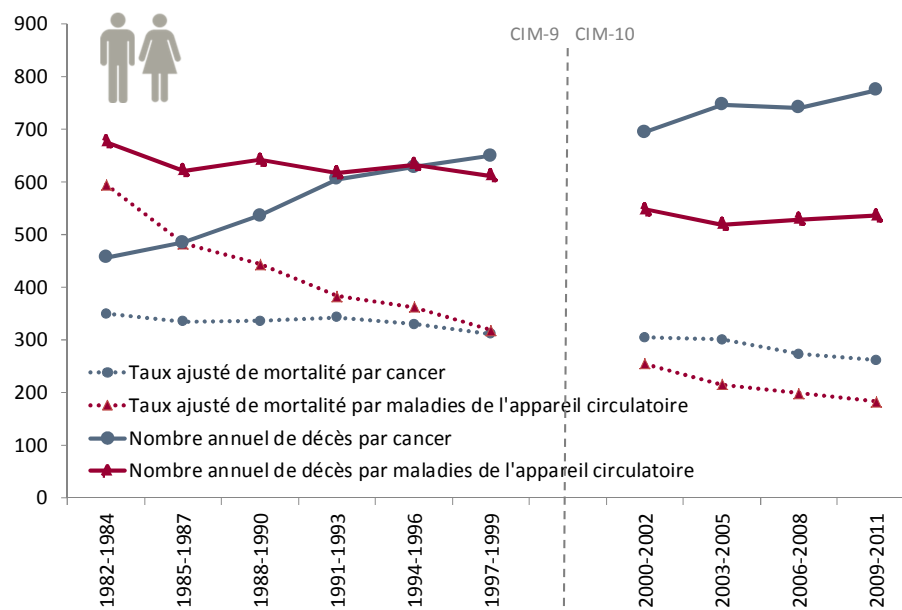
Comme dans la plupart des sociétés occidentales, les maladies de l'appareil circulatoire ont longtemps été la première cause de décès. On constate cependant, à la lecture de la figure 5, que le nombre de décès par maladies de l'appareil circulatoire a légèrement diminué dans la région au cours des trente années étudiées (1982-2011), probablement en raison, notamment, de l'amélioration des traitements, alors que le nombre de décès par cancer a continué d'augmenter fortement.

Cette augmentation du nombre de décès par cancer est principalement attribuable au vieillissement de la population régionale, puisqu'en isolant le facteur de l'âge, on constate plutôt une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer. Le taux de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire a par ailleurs diminué de façon beaucoup plus importante, ce qui explique que malgré le vieillissement de la population, le nombre de décès attribuable à cette cause tend lui aussi à diminuer.



FIGURE 5

Évolution de la mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes et nombre annuel moyen de décès), Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1982-1984 à 2009-2011



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des décès*.

À l'instar de ce qui est observé pour l'incidence, on constate une baisse du taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des cancers chez les hommes, alors que celui-ci demeure relativement stable chez les femmes. Cette amélioration du bilan chez les hommes s'explique par une diminution importante des taux de mortalité pour certains cancers chez ces derniers, notamment celui du poumon (figures 7 et 8). Autre élément à souligner, on peut voir à la lecture de la figure 6, que l'écart qui a longtemps séparé les hommes de la région de ceux du reste du Québec s'est amenuisé depuis quelques années.

Dans la région, l'augmentation globale du nombre de décès par cancer, finalement, est surtout attribuable aux femmes, chez qui cette croissance est plus soutenue (une augmentation annuelle moyenne de 3,5 % chez les femmes, contre 1,6 % chez les hommes), et ce, sur toute la période à l'étude.

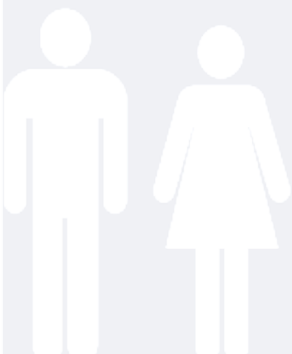
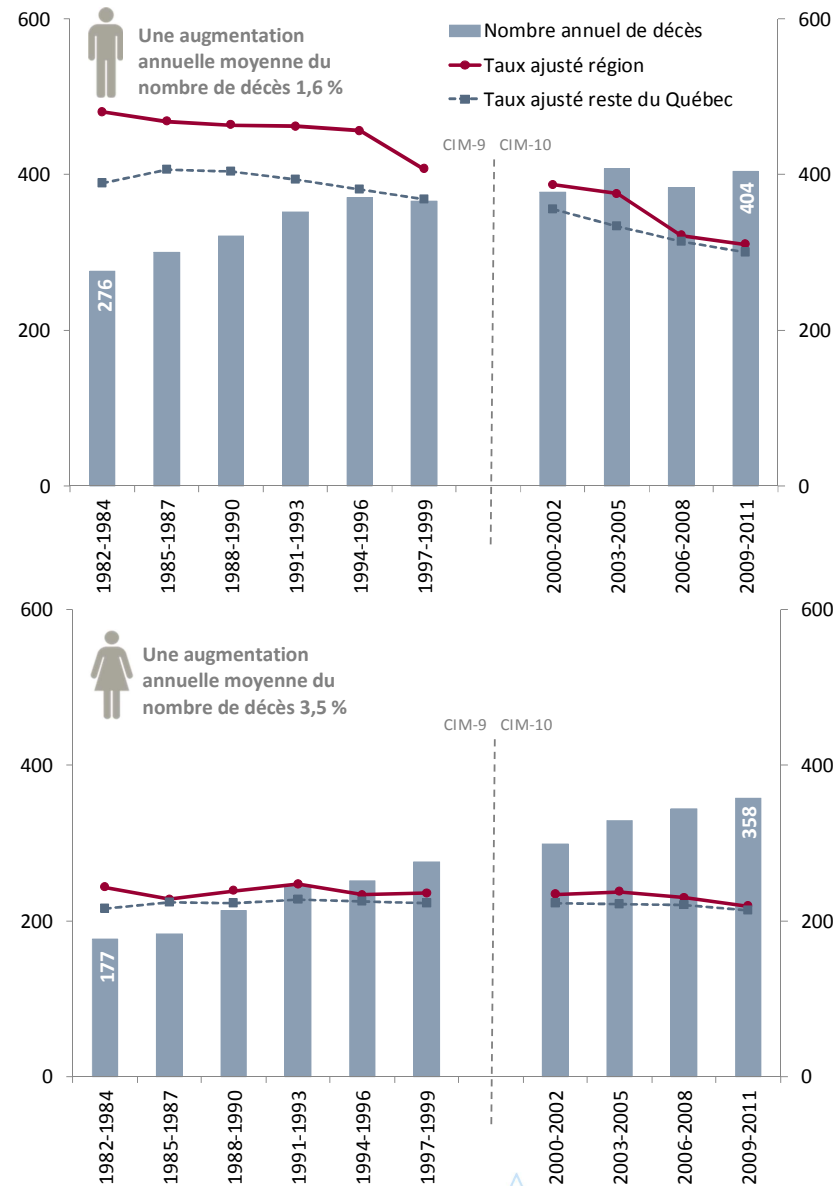


FIGURE 6
Évolution de la mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes et nombre annuel moyen de décès), selon le sexe, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1982-1984 à 2009-2011



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des décès*.

Le cancer du poumon

Le cancer du poumon (trachée, bronches et poumon) est le plus fréquent. C'est aussi celui qui cause le plus de décès, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. En outre, son taux de survie a bien peu progressé au cours des dernières années. En 2006, au Québec, on estime que 12 % à 16 % des personnes qui en sont atteintes y survivent cinq ans après avoir été diagnostiquées. Pas étonnant, donc, que l'évolution du taux de mortalité pour ce siège de cancer, globalement, suit celle du taux d'incidence (figures 7 et 8).

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon a commencé à plafonner au milieu des années 1980 et affiche depuis une tendance à la baisse. Chez les femmes, il continue d'augmenter. Malgré cela, on enregistre encore aujourd'hui davantage de nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes que chez les femmes.

Le cancer du sein

Le taux d'incidence du cancer du sein, le siège le plus fréquent chez les femmes a connu une augmentation dans la région entre les années 1980 et le début des années 2000, pour ensuite diminuer (figure 7). La mortalité due à ce type de cancer est en baisse depuis le début des années 1990. Cette diminution est vraisemblablement liée à l'amélioration des traitements et au diagnostic précoce. « Les chances de survie après un diagnostic de cancer du sein sont parmi les plus élevées : la survie relative après 5 ans varie de 83,9 % à 88,1 %, dans les provinces canadiennes, pour les cancers diagnostiqués en 2003-2005. Au Québec, la survie après cinq ans (ajustée selon le stade du cancer) pour les femmes souffrant d'un cancer du sein infiltrant déclaré en 2003 était de 87,5 %. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013 : 33).

Le cancer de la prostate

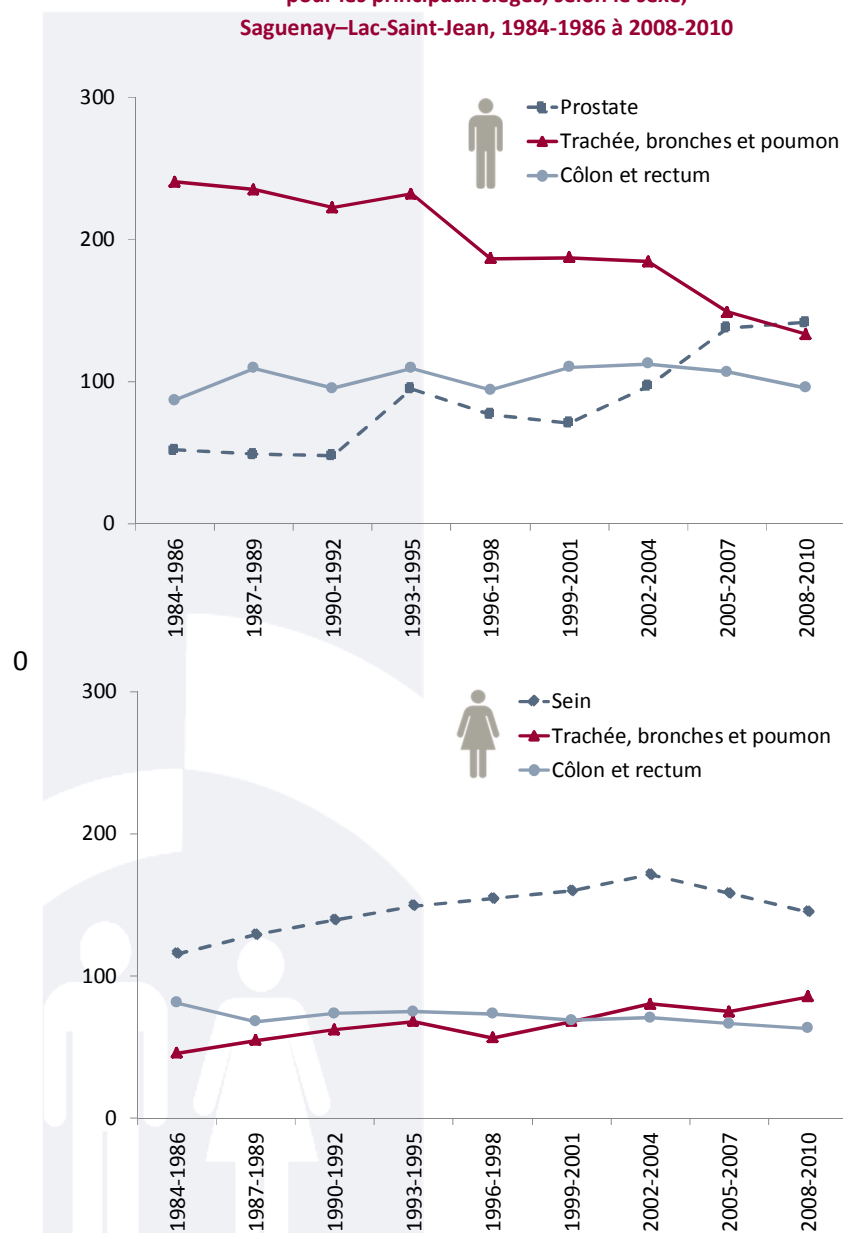
Le taux d'incidence du cancer de la prostate connaît d'importantes fluctuations depuis les années 1980, notamment en raison du recours au dépistage. Globalement, cependant, notons que le taux d'incidence de ce siège de cancer augmente tout au long de la période étudiée (figure 7). Cette progression en fait aujourd'hui le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes, devant le cancer du poumon qui était historiquement le site prédominant chez ces derniers. Il faut néanmoins souligner que le taux de mortalité pour ce siège de cancer décroît de façon constante depuis le milieu des années 1990 (figure 8). À l'instar du cancer du sein, cette baisse s'explique par une amélioration globale des traitements (Comité consultation de la Société canadienne du cancer, 2015 : 43).

Le cancer colorectal

Tous sexes confondus, le cancer colorectal arrive au troisième rang des cancers les plus fréquemment diagnostiqués, mais au deuxième rang des cancers causant le plus grand nombre de décès. Le taux de survie relative après cinq ans au cancer colorectal « s'établit entre 55,4 % et 66,6 %, dans les provinces canadiennes, pour les cancers diagnostiqués en 2003-2005 » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013 : 22). Le cancer colorectal touche les hommes de la région légèrement plus que les femmes (figure 7). Alors que le taux d'incidence continue d'augmenter chez ceux-ci, il semble diminuer légèrement chez les femmes. Le taux de mortalité de ce type de cancer est toutefois en très légère diminution depuis quelques années, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 8).

FIGURE 7

Évolution de l'incidence (taux ajusté pour 100 000 personnes),
pour les principaux sièges, selon le sexe,
Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1984-1986 à 2008-2010

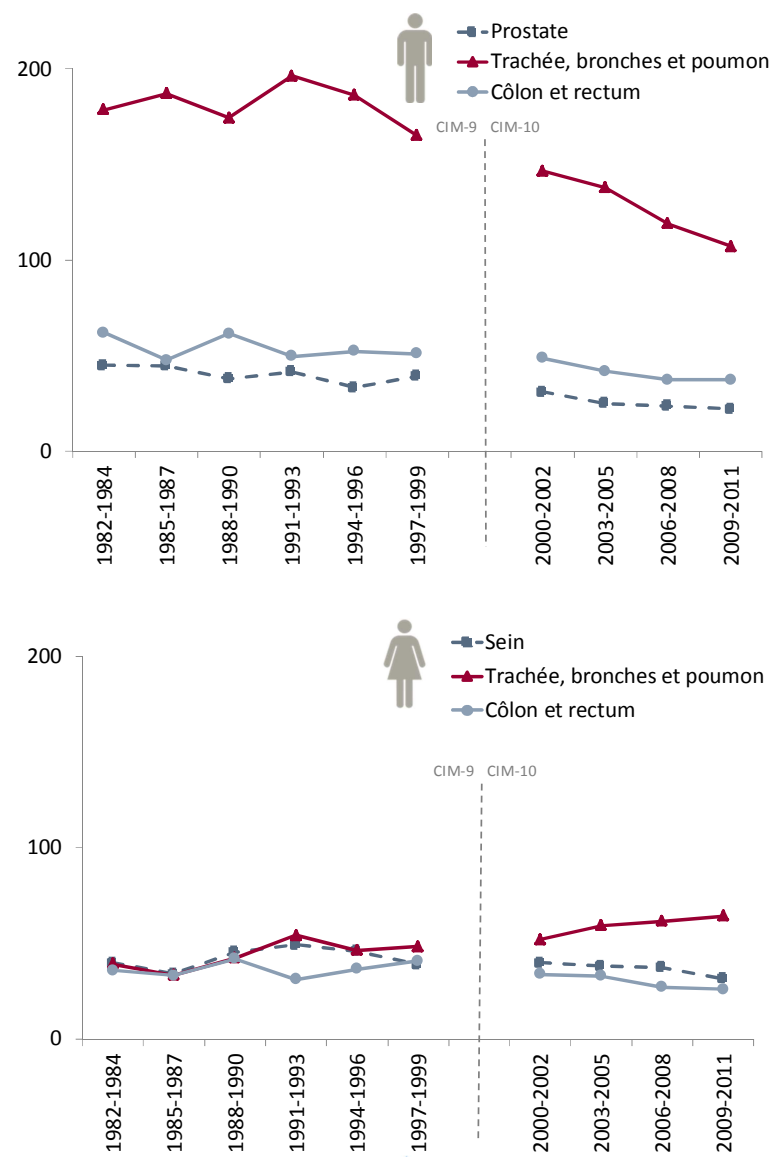


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

FIGURE 8

Évolution de la mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes),
pour les principaux sièges, selon le sexe,
Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1982-1984 à 2009-2011



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des décès*.

Page 15 sur 26

PERSPECTIVES ET ENJEUX

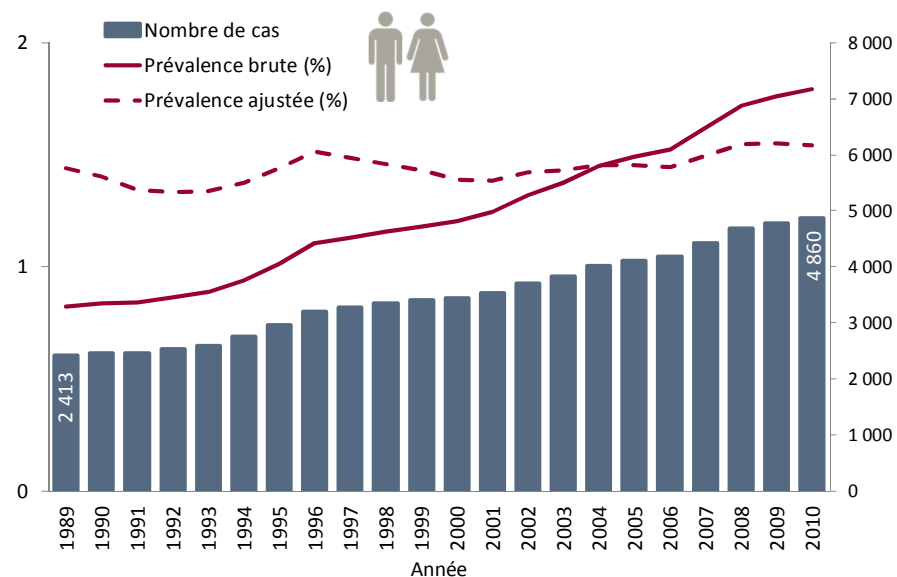
L'évolution du fardeau de la maladie

À l'instar ce qui est observé à l'échelle canadienne et québécoise, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer a considérablement augmenté au cours des dernières décennies dans la région. Cette hausse demeure toutefois légèrement plus importante que celle du nombre de décès (3 % en moyenne, chaque année, contre 2 % pour les décès). De cette observation découle un constat qui va dans le sens des multiples données présentées dans ce portrait : la survie relative au cancer s'est considérablement améliorée au cours des dernières décennies.

Selon la Société canadienne du cancer, environ sept Canadiens sur dix survivent aujourd'hui à un diagnostic de cancer, comparativement à trois sur dix dans les années 1960. C'est un progrès notable dont on peut évidemment se réjouir. Cela dit, le nombre de nouveaux diagnostics plus important que le nombre de décès enregistrés chaque année nous permet de penser que la prévalence de la maladie augmente elle aussi. En d'autres mots, tout semble indiquer que le nombre de personnes vivant avec un cancer dans la région augmente (figure 9).



FIGURE 9
Évolution de la prévalence¹ du cancer (taux brut et ajusté pour 100 personnes et nombre de cas), selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1989 à 2010



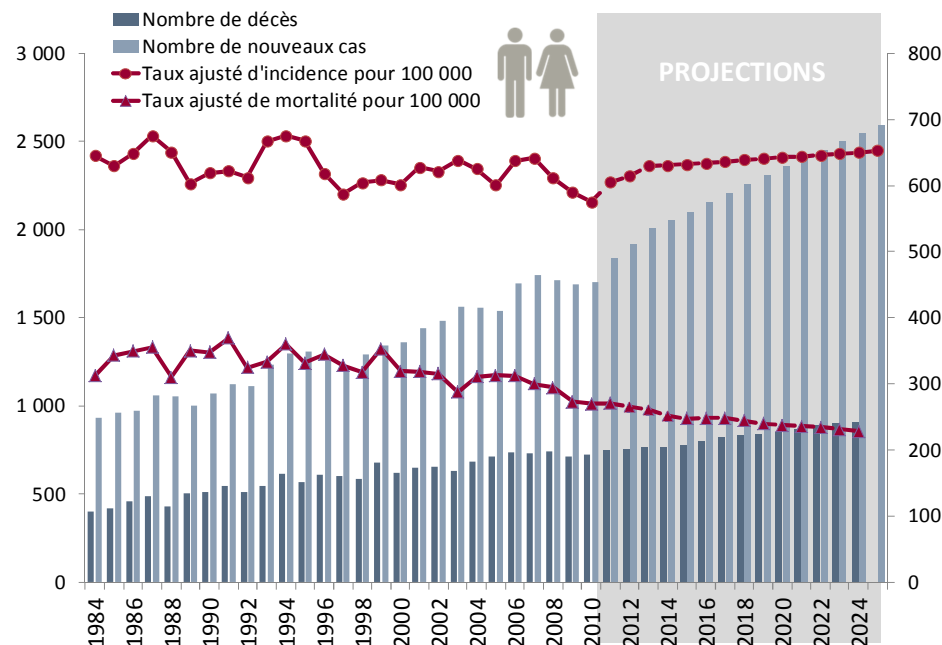
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des Tumeurs* et *Fichier des décès*.
1. Prévalence basée sur le nombre de cas de cancer primaire.

L'effet du vieillissement de la population

Le vieillissement de la population a eu un impact marqué sur l'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer dans la région au cours des dernières décennies. Ainsi, si cette tendance se poursuit, on peut s'attendre à ce que le nombre de nouveaux cas de cancer augmente d'environ 18 % entre 2016 et 2024, et ce, malgré le fait que le taux ajusté d'incidence de la maladie demeure relativement stable (figure 10). On peut également s'attendre à un phénomène semblable en ce qui concerne la mortalité, bien que cette augmentation soit un peu moindre (14 % entre 2016 et 2024) étant donné que l'on anticipe une poursuite de la diminution du taux ajusté de mortalité au cours des prochaines années (figure 10). Ainsi, si ces projections s'avèrent justes, la région pourrait enregistrer environ 2 150 nouveaux cas et 959 décès en 2016, et 2 545 nouveaux cas et 960 décès en 2024.

Chose certaine, la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean continue de vieillir, et ce, particulièrement rapidement. Selon les plus récentes projections démographiques, on estime que le nombre d'aînés dans la région augmentera de 42 % d'ici les dix prochaines années (2016-2026), ce qui représente un accroissement d'environ 23 700 personnes de 65 ans et plus (voir annexes 3A et 3B). En outre, on s'attend à ce que près d'une personne sur trois soit âgée de 65 ans et plus en 2026 au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

FIGURE 10
Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer (taux ajusté pour 100 000 personnes et nombre de nouveaux cas et de décès), Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1984 à 2024



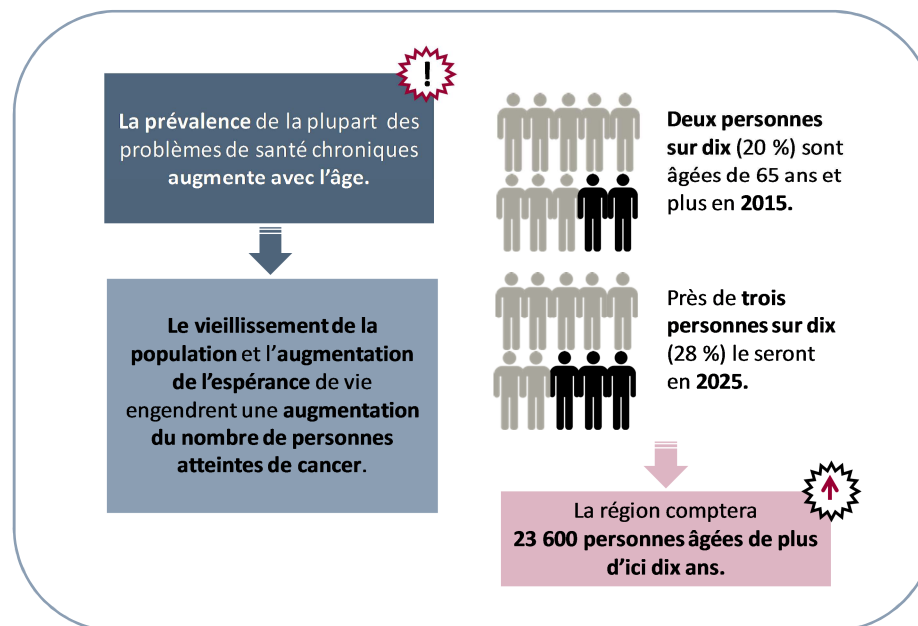
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, Fichier des tumeurs et Fichier des décès.

L'évolution des facteurs de risque et de protection

Le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur à considérer si on veut comprendre l'évolution du cancer au sein de la population. Les habitudes de vie sont d'importants déterminants du cancer qui nous permettent de comprendre son développement. Selon le Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer, plus de 60 % des cancers leur seraient attribuables (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007).

Le tabagisme

Le tabagisme est sans aucun doute le premier de ces déterminants à considérer. Il est associé à environ 30 % de tous les cancers, dont 85 % des cas de cancer du poumon. D'énormes gains ont été réalisés en matière de tabagisme dans la région au cours des dernières années. Et les effets positifs de cette diminution importante du nombre de fumeurs se font déjà ressentir, principalement sur les taux de cancer du poumon chez les hommes. Inversement, chez les femmes, chez qui l'usage du tabac n'a commencé à diminuer qu'au milieu des années 1980, on constate que le taux d'incidence du cancer du poumon est en lente, mais constante progression. Les gains en matière de tabagisme prennent effectivement du temps à se traduire par une diminution des cas de cancers, puisqu'une période de latence estimée à 20-30 ans sépare l'exposition au tabac du développement de la maladie (Makomaski et Kaiserman, 2004 : 44).



Or, on sait que les hommes, historiquement, ont commencé à fumer beaucoup plus tôt que les femmes. Cela dit, ils ont également commencé à cesser de fumer plus tôt que ces dernières. Alors que le tabagisme chez les hommes a diminué dès le début des années 1960, il aurait augmenté, chez les femmes, jusque dans les années 1980, ce qui explique que le taux de cancer du poumon continue à progresser chez ces dernières, alors qu'il tend à diminuer chez les hommes depuis quelques années déjà.

L'alimentation et le poids corporel

Les études démontrent de manière convaincante qu'une saine alimentation permet de prévenir plusieurs types de cancers (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007). On connaît bien, notamment, l'effet protecteur des fruits et des légumes. La proportion de personnes adhérant aux recommandations en ce qui concerne leur consommation a diminué dans la région entre 2007 et 2012. En 2012, huit adultes sur dix (82 %) déclarent ne pas consommer le nombre quotidien recommandé de portions.

L'embonpoint et l'obésité sont des causes de cancers de l'œsophage, de l'endomètre, du pancréas, du rein, du sein et du cancer colorectal (Schlienger et collègues, 2009). La proportion de personnes atteintes d'obésité a presque doublé au cours des dernières années au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Selon les enquêtes régionales de santé, elle est passée de 10 % à 18 % entre 2000 et 2012. Les conséquences de cette aggravation de la situation se font d'ailleurs déjà ressentir, l'augmentation de la prévalence du diabète dans la région en témoigne (Lapierre, 2015). Et l'on prévoit que si aucune nouvelle mesure efficace n'est mise en place relativement à la tendance chez les adultes, l'obésité continuera d'augmenter au cours des deux prochaines décennies.

L'activité physique

L'activité physique a un effet protecteur contre certains cancers, ceux du côlon, du sein et de l'endomètre tout particulièrement (Lee et collègues, 2012). La proportion d'adultes sédentaires est demeurée relativement stable depuis une douzaine d'années dans la région. En 2012, environ le tiers (32 %) des adultes de la région sont toujours considérés comme sédentaires.

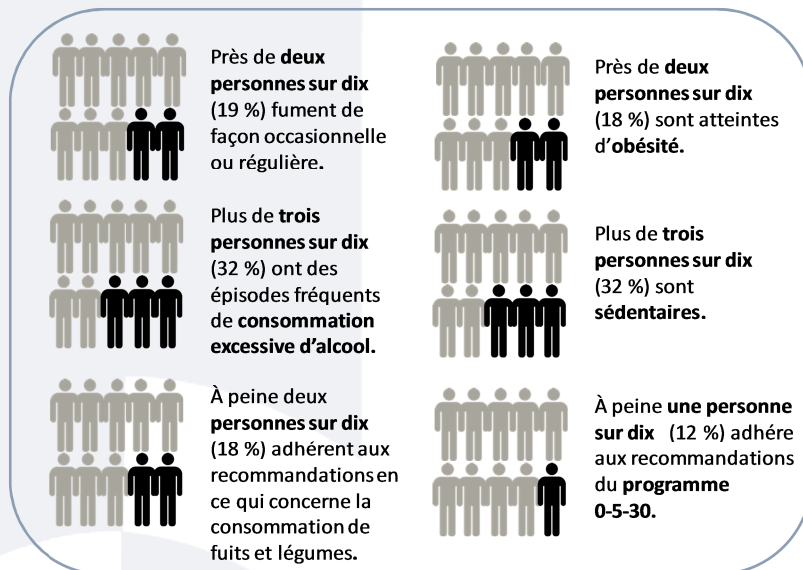
La consommation d'alcool

La consommation d'alcool est une cause convaincante de cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage. Il est démontré, de plus, que l'alcool est associé au cancer colorectal chez l'homme et au cancer du sein chez la femme (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007). Il n'existe pas de seuil sécuritaire de consommation d'alcool. En outre, la proportion de la population déclarant des épisodes de consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire cinq consommations et plus au cours d'une même occasion, est particulièrement importante au Saguenay–Lac-Saint-Jean et elle tend à augmenter (Tremblay, 2015). Somme toute, on estime que près d'un adulte sur trois (32 %) consomme de l'alcool de façon excessive au moins une fois par mois, en 2012, dans la région.

Les inégalités sociales

Il est aujourd'hui largement reconnu que « de façon générale, plus une personne est pauvre, plus elle risque d'être malade et de mourir jeune, ce qui entraîne une espérance de vie inférieure à celle des personnes les plus favorisées » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016 : 27). À titre d'exemple, on estime que la mortalité attribuable au cancer du poumon est trois fois plus élevée chez les hommes et les femmes défavorisés que chez les favorisés (*Ibid.*). « Cet état de fait soulève de sérieuses préoccupations à l'égard des inégalités sociales de santé, qui constituent un enjeu complexe. Celles-ci découlent d'écarts dans l'exposition ou la distribution de certains déterminants sociaux qui

exercent une influence notable sur la santé (ex. : scolarité, revenu, accès à des soins, accès à une alimentation de qualité, sécurité, conditions de logement et de travail, exposition à des agents polluants dans l'environnement). Plus précisément, les inégalités sociales de santé découlent de circonstances ou de conditions dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. » (*Ibid.*)



CONCLUSION

De toute évidence, le cancer exercera une pression de plus en plus importante sur la population et sur le réseau au cours des prochaines années. Les besoins sont grandissants et les traitements, bien que plus efficaces, sont de plus en plus coûteux. Dans ces conditions, la responsabilité populationnelle apparaît comme étant incontournable, afin de rendre « accessibles un ensemble de services le plus complet possible [et] assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans [le] système tout en favorisant la convergence des

efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016 : 11). C'est précisément ce « fonctionnement en réseau » que favorise le *Plan directeur en oncologie*, en misant sur l'intégration des services et sur une action collective sur les déterminants de la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Il demeure en ce sens capital de maintenir les activités de surveillance afin de mieux comprendre cette maladie chronique et d'ainsi améliorer nos interventions de prévention et de promotion, tout comme la planification des soins et des services de santé y étant associés.

Incontestablement, la prévention représente à plus long terme le plus grand potentiel de lutte contre le cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013; 2016; World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007). Elle permet d'agir sur les causes évitables et déterminantes telles que le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'obésité et la sédentarité, ainsi que certains agents environnementaux. Il importe de souligner, à cet égard, que « la complexité des liens de causalité entre les déterminants et les problèmes de santé exige que soient réalisées des actions à de multiples niveaux et dans différentes sphères d'activité » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016 : 30). Il importe également de rappeler que l'adoption de saines habitudes de vie et de modes de vie sains nécessite de nombreux efforts collectifs, car ces comportements sont fortement influencés par les environnements, tant physiques, économiques, législatifs, culturels que sociaux. D'où l'importance des interventions visant à rendre ces environnements plus favorables à de saines habitudes de vie et à la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Qui plus est, « il importe d'agir efficacement sur les déterminants qui influencent plus en amont les conditions de vie des personnes, dès la petite enfance et tout au long de la vie. L'effet cumulé des efforts conjoints de différents acteurs s'avère aussi déterminant pour réduire les inégalités sociales de santé et ainsi améliorer de façon globale la santé de la population » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016 : 30).

RÉFÉRENCES

COMITÉ CONSULTATION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2013). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*, Toronto, Société canadienne du cancer, 159 p.

COMITÉ CONSULTATION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2015). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*, Toronto, Société canadienne du cancer, 159 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003). *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Direction système de soins et services, 33 p.

LAPIERRE, R. (2015). *Le diabète au Saguenay–Lac-Saint-Jean : état de situation à partir des données du système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 31 p.

LEE, I-M., et autres (2012). "Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy", *The Lancet*, 380(9838) : 219-229.

MAKOMASKI ILLING, E.M., et M.J. KAISERMAN (2004). « Mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1998 », *Revue canadienne de santé publique*, 25, 1 : 38-44.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Ensemble en réseau pour vaincre le cancer : Plan directeur en oncologie*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 85 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Pour guider l'action : Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec,

Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 65 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 88 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

MOLLER, B., et autres (2002). "Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020", *European Journal of Cancer Prevention*, 11, (Supplément 1), S1-S96.

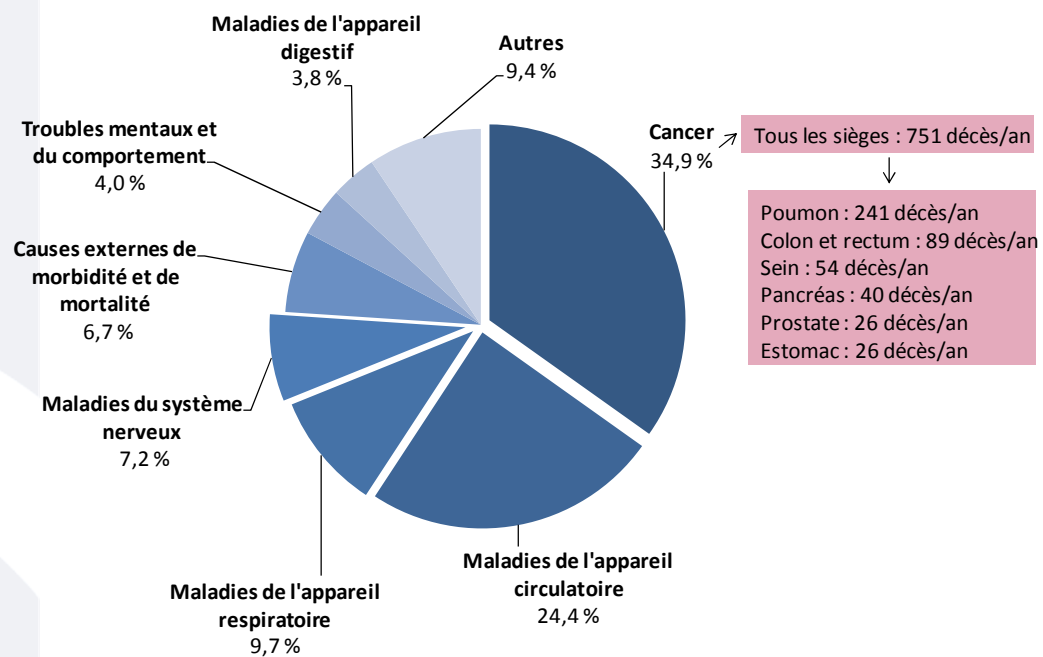
NOWATZKI, J., B. MOLLER et A. DEMERS (2011). "Projection of future cancer incidence and new cancer cases in Manitoba, 2006-2025", *Chronic Diseases in Canada*, 31(2) : 71-78.

SCHLIENGER, J.-L., et autres (2009). « Obésité et cancer », *La Revue de Médecine Interne*, 30, 9 : 776-782.

STATISTIQUE CANADA (2005). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de mortalité*, Ottawa, Statistique Canada, No 84-548-XIF au catalogue, 61 p.

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*, Washington DC, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 357 p.

ANNEXE 1
Répartition (%) du nombre de décès selon la cause, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007-2011



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des décès*.

ANNEXE 2A

Incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le sexe et le territoire de réseau local de services, Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

	 HOMMES			 FEMMES			 SEXES RÉUNIS		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	27	182,4	(+)	16	92,8	n.s.	43	131,0	(+)
Maria-Chapdelaine	17	130,6	n.s.	10	70,3	n.s.	27	97,0	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	28	116,7	n.s.	23	83,8	n.s.	51	96,9	n.s.
Jonquière	38	132,8	n.s.	32	87,7	n.s.	71	105,8	n.s.
Chicoutimi	48	143,5	(+)	31	69,9	n.s.	78	99,3	n.s.
La Baie	15	152,4	n.s.	12	96,9	n.s.	27	119,9	(+)
Saguenay–Lac-Saint-Jean	173	139,8	(+)	124	81,6	n.s.	297	105,5	(+)
Reste du Québec	3 901	124,7		3 088	80,0		6 989	98,3	

Incidence du cancer colorectal (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le sexe et le territoire de réseau local de services, Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

	 HOMMES			 FEMMES			 SEXES RÉUNIS		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	17	118,2	n.s.	13	70,5	n.s.	30	91,7	n.s.
Maria-Chapdelaine	12	92,3	n.s.	12	81,8	n.s.	24	87,2	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	22	89,7	n.s.	14	51,4	n.s.	36	69,4	n.s.
Jonquière	30	101,5	n.s.	24	64,2	n.s.	54	80,4	n.s.
Chicoutimi	36	102,6	n.s.	26	58,5	n.s.	62	78,2	n.s.
La Baie	12	112,2	n.s.	10	78,6	n.s.	21	92,8	n.s.
Saguenay–Lac-Saint-Jean	129	101,2	n.s.	98	63,8	n.s.	227	80,7	(+)
Reste du Québec	2 874	91,2		2 431	61,3		5 305	74,6	

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.
n.s. Aucune différence statistiquement significative.

ANNEXE 2B

Incidence du cancer de la prostate (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le territoire de réseau local de services, Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

	HOMMES		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	17	109,5	ns
Maria-Chapdelaine	17	125,9	ns
Lac-Saint-Jean-Est	46	183,9	(+)
Jonquière	54	172,3	(+)
Chicoutimi	56	160,5	(+)
La Baie	14	125,3	n.s.
Saguenay–Lac-Saint-Jean	203	155,0	(+)
Reste du Québec	4 174	130,0	

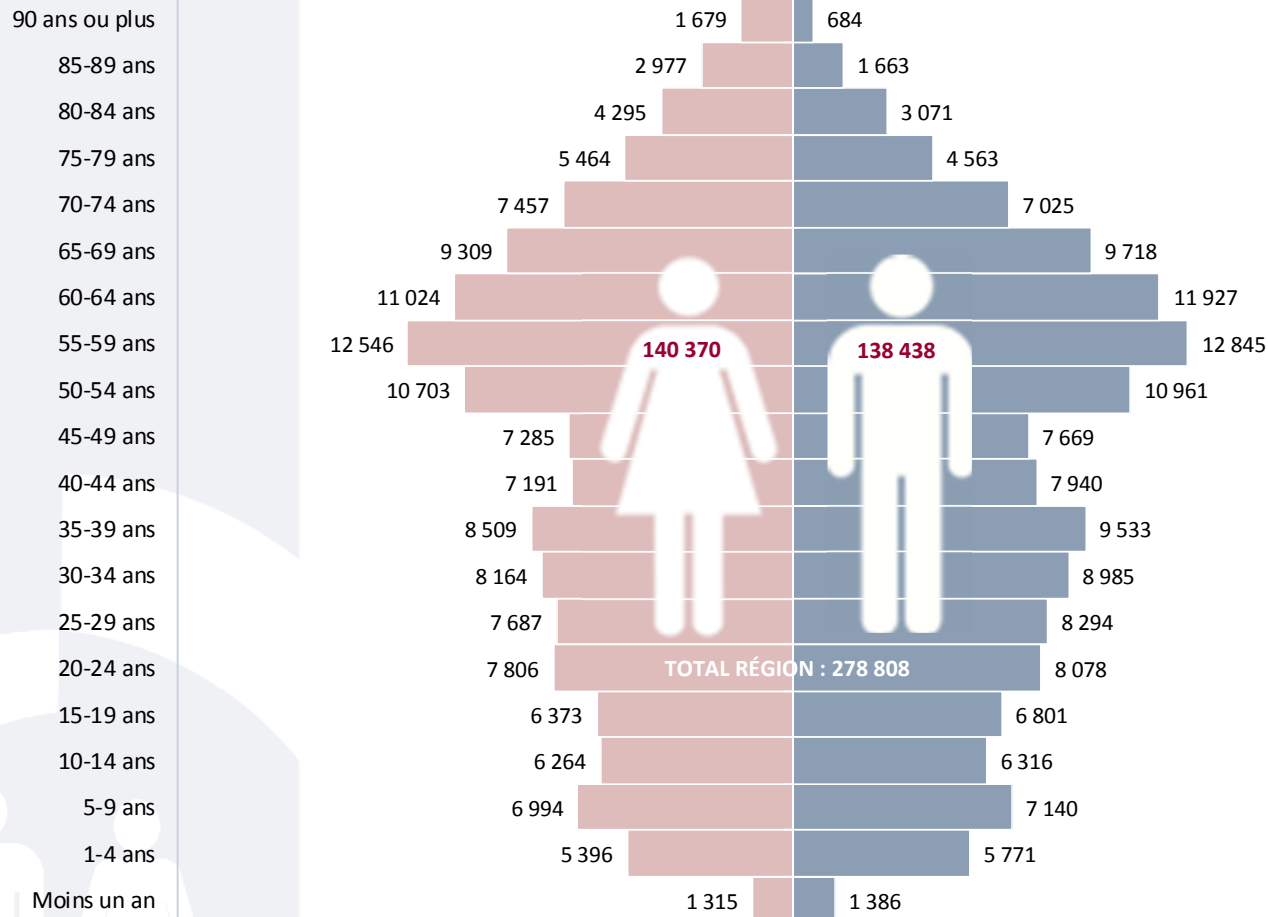
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, *Fichier des tumeurs*.

Note : (+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec au seuil alpha de 0,01.
n.s. Aucune différence statistiquement significative.

Incidence du cancer du sein chez la femme (nombre annuel moyen et taux ajusté selon l'âge pour 100 000 personnes), selon le territoire de réseau local de services, Saguenay–Lac-Saint-Jean et reste du Québec, 2006-2010

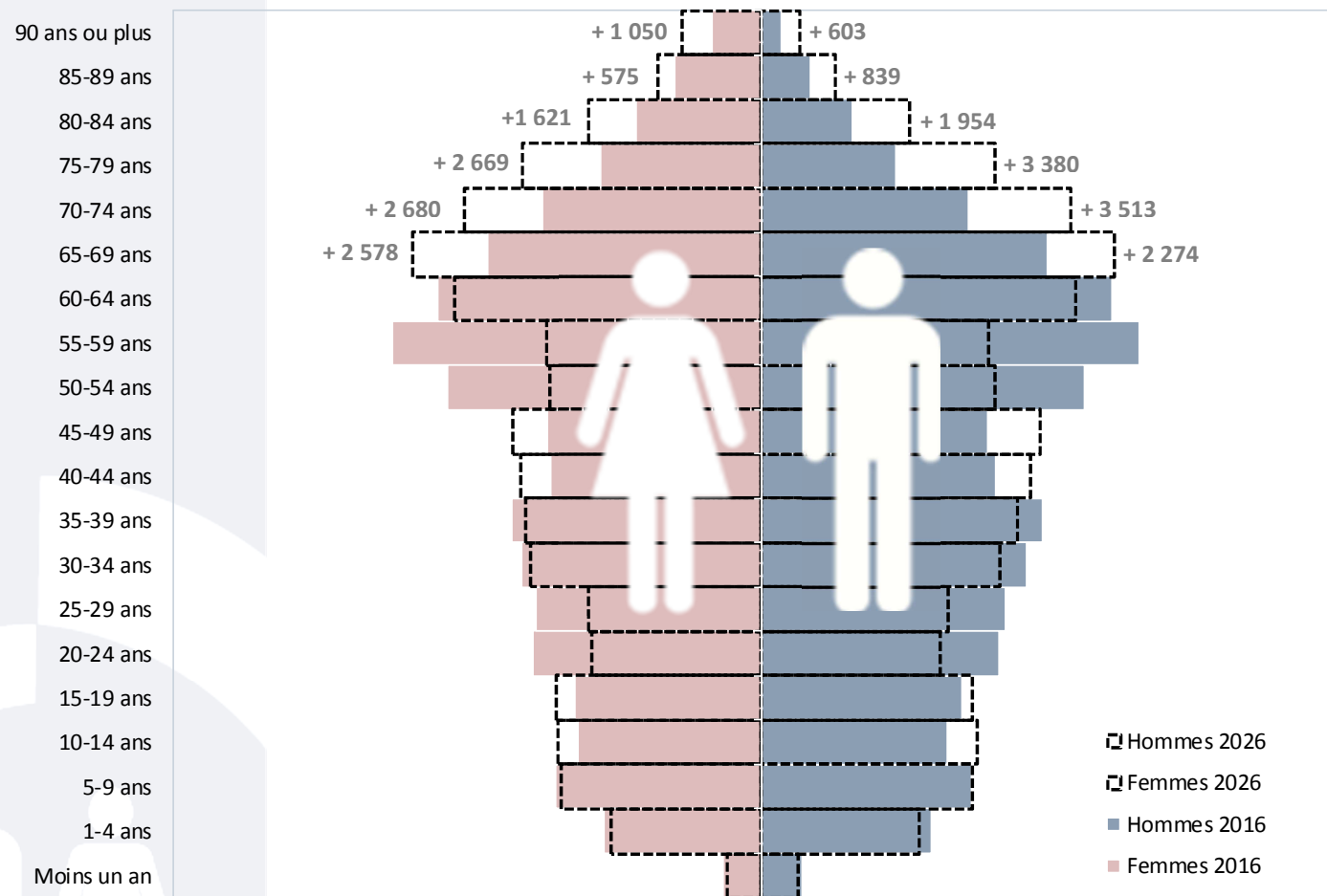
	FEMMES		
	Nombre annuel moyen	Taux ajusté / 100 000	Écart / reste du Qc
Domaine-du-Roy	25	143,5	n.s.
Maria-Chapdelaine	15	105,2	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	43	159,7	n.s.
Jonquière	57	160,7	n.s.
Chicoutimi	62	147,7	n.s.
La Baie	16	136,8	n.s.
Saguenay–Lac-Saint-Jean	218	147,6	n.s.
Reste du Québec	5 228	137,0	

ANNEXE 3A
Pyramide des âges du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2016



Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), projections (2011-2036 : série produite en novembre 2014) de population adaptées par la Direction de la gestion intégrée de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux pour tenir compte du découpage géographique en vigueur en avril 2014.

ANNEXE 3B
Pyramides des âges du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2016-2026



Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), projections (2011-2036 : série produite en novembre 2014) de population adaptées par la Direction de la gestion intégrée de l'information (DGII) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour tenir compte du découpage géographique en vigueur en avril 2014.