



PORTRAIT DE SANTÉ DE L'ESTRIE ET DE SES TERRITOIRES

STATISTIQUES SUR LE CANCER EN ESTRIE

Direction de santé publique de l'Estrie
Novembre 2014

UNE
INSPIRATION.
DE L'INNOVATION.

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec 

Ce document a été produit par :
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Rédaction

Michel Des Roches, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique de l'Estrie

Collaboration principale

Robert Pronovost, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Estrie

Autres collaborations

Irma Clapperton, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Estrie

Karina Gauthier, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des services, des affaires médicales et universitaires

Christian Gaulin, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Estrie

Françoise Gendron, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Estrie

Mélissa Généreux, directrice
Direction de santé publique de l'Estrie

Claire Giguère, chef du service de Promotion et de prévention
Direction de santé publique de l'Estrie

Gino Perreault, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique de l'Estrie

Geneviève Petit, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Estrie

Traitement des données

Brigitte Martin, technicienne en recherche
Ariane Grégoire, technicienne en recherche
Direction de santé publique de l'Estrie

Révision linguistique et mise en pages

Sylvie Castonguay, agente administrative
Caroline Smith, agente administrative
Direction de santé publique de l'Estrie

Droit d'auteur © Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

ISBN 978-2-924287-33-0 (version PDF)

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

Référence suggérée

DES ROCHES, Michel et collaborateurs. *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires – Statistiques sur le cancer en Estrie*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke, 2014, 192 p.

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES SIGLES	XIII
MOT DE LA DIRECTRICE	1
INTRODUCTION.....	3
1. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	5
2. CONSTATS GÉNÉRAUX	9
2.1. LE CANCER EN ESTRIE	9
2.2. TYPES DE CANCER À SURVEILLER.....	15
3. FACTEURS MODIFIABLES RELIÉS AU CANCER	21
3.1. CONSOMMATION DE TABAC.....	21
3.2. FUMÉE SECONDAIRE DE TABAC	24
3.3. ACTIVITÉ PHYSIQUE	24
3.4. CONSOMMATION DE FRUITS ET DE LÉGUMES.....	27
3.5. POIDS CORPOREL.....	30
3.6. CONSOMMATION D'ALCOOL	32
3.7. ALLAITEMENT.....	34
3.8. RAYONS SOLAIRES	35
3.9. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS).....	37
3.10. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN (TEST PAP).....	38
3.11. VACCINATION CONTRE LES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)	39
3.12. FACTEURS DE RISQUE ET INÉGALITÉS SOCIALES	40
4. STATISTIQUES DÉTAILLÉES SUR LE CANCER	43
4.1. ENSEMBLE DES CANCERS.....	43
<i>En bref</i>	43
<i>Nouveaux cas</i>	44
<i>Décès</i>	47
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	48
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	50
<i>À l'échelle des 66 communautés estriennes</i>	52
4.2. CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON.....	56
<i>En bref</i>	56
<i>Nouveaux cas</i>	58
<i>Décès</i>	61
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	62
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	64
<i>À l'échelle des 66 communautés estriennes</i>	66

4.3. CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME	70
<i>En bref</i>	70
<i>Nouveaux cas</i>	71
<i>Décès</i>	74
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	75
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	77
4.4. CANCER COLORECTAL	79
<i>En bref</i>	79
<i>Nouveaux cas</i>	80
<i>Décès</i>	83
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	85
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	87
4.5. CANCER DE LA PROSTATE	89
<i>En bref</i>	89
<i>Nouveaux cas</i>	90
<i>Décès</i>	93
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	94
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	96
4.6. CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)	98
<i>En bref</i>	98
<i>Nouveaux cas</i>	99
<i>Décès</i>	102
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	104
<i>Sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle</i>	106
<i>À l'échelle des 66 communautés estriennes</i>	108
4.7. CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	109
<i>En bref</i>	109
<i>Nouveaux cas</i>	110
<i>Décès</i>	113
<i>Admissions hospitalières (soins de courte durée)</i>	114
5. ACTIVITÉS RÉGIONALES EN LIEN AVEC LA PRÉVENTION DU CANCER.....	117
5.1. PROGRAMME INTÉGRÉ 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.....	117
<i>Vers la création d'environnements favorables</i>	120
<i>Des interventions en milieu de travail</i>	120
5.2. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS).....	121
<i>Les priorités</i>	121
5.3. PRÉVENTION DU CANCER DE LA PEAU.....	122
5.4. CANCERS ET MALADIES INFECTIEUSES	122
<i>Vaccination contre les VPH et l'hépatite B</i>	123
<i>Prévention de l'hépatite C</i>	124
<i>Promotion de comportements sexuels sains et sécuritaires</i>	124
5.5. CANCERS ET SANTÉ AU TRAVAIL	125
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXE A	131
PRINCIPAUX SIÈGES DU CANCER SELON LE SEXE ET LES DIFFÉRENTS GROUPES D'ÂGE EN ESTRIE.....	131
CLASSIFICATION DES CANCERS SELON LES CODES DE TOPOGRAPHIE ET D'HISTOLOGIE DE LA CIM-O-3...140	
ANNEXE B.....	141
SYNTHÈSE : CANCERS, HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE.....	141

ANNEXE C	147
SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX SIÈGES DE CANCERS PAR MRC	147
ANNEXE D	151
TABLEAUX DÉTAILLÉS SE RAPPORTANT AUX COMMUNAUTÉS LOCALES ESTRIENNES.....	151
ANNEXE E	167
RÉSEAU DE CANCÉROLOGIE DE L'ESTRIE	167
ANNEXE F	169
CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES EN CANCÉROLOGIE	169
ANNEXE G	171
PISTES D'AMÉLIORATION DES SOINS ET DES SERVICES EN CANCÉROLOGIE.....	171
ANNEXE H	173
LES COMMUNAUTÉS DE L'ESTRIE ET DE LA VILLE DE SHERBROOKE.....	173

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Principaux facteurs de risque des maladies chroniques (incluant le cancer) selon le sexe, Estrie, Québec.....	14
Tableau 2	Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012.....	22
Tableau 3	Pourcentage de personnes dont le niveau d'activité physique de loisirs est insuffisant selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012.....	26
Tableau 4	Nombre de portions du Guide alimentaire recommandées chaque jour.....	28
Tableau 5	Pourcentage de personnes consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012.....	29
Tableau 6	Pourcentage de personnes âgées de 18 ans ou plus présentant un surplus de poids selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012.....	31
Tableau 7	Taux d'allaitement total et exclusif pour différentes durées, Estrie et ensemble du Québec, 2005-2006.....	34
Tableau 8	Population de 12 ans ou plus utilisant « toujours » ou « souvent » un moyen de protection contre les effets du soleil pendant une journée typique d'été, Estrie et Québec, 2009-2010.....	36
Tableau 9	Proportion de la population de 12 ans ou plus qui s'applique un écran solaire sur le visage ou sur le corps pendant une journée typique d'été, selon le sexe, Estrie et Québec, 2009-2010.....	37
Tableau 10	Certains facteurs de risque du cancer sous l'angle des inégalités sociales de santé, Estrie.....	41
Tableau 11	Portrait synthétique de l'ensemble des cancers, Estrie, 1986 à 2012.....	43
Tableau 12	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010.....	45
Tableau 13	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	46
Tableau 14	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009.....	47
Tableau 15	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012.....	49
Tableau 16	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012.....	49
Tableau 17	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010.....	50
Tableau 18	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009.....	51
Tableau 19	Taux ajusté d'incidence du cancer pour les communautés locales estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans).....	52

Tableau 20	Taux ajusté de mortalité du cancer pour les communautés locales estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2003-2009 (7 ans).....	54
Tableau 21	Portrait synthétique du cancer de la trachée, des bronches et du poumon, Estrie, 1986 à 2012	56
Tableau 22	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010.....	59
Tableau 23	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	59
Tableau 24	Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	60
Tableau 25	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009.....	61
Tableau 26	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012.....	63
Tableau 27	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	63
Tableau 28	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010.....	64
Tableau 29	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009	65
Tableau 30	Taux ajusté d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les communautés locales ¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans)	66
Tableau 31	Taux ajusté de mortalité du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les communautés locales ¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2003-2009 (7 ans)	68
Tableau 32	Portrait synthétique du cancer du sein chez la femme, Estrie, 1986 à 2012	70
Tableau 33	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010.....	72
Tableau 34	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	72
Tableau 35	Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	73
Tableau 36	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du sein chez la femme, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009	74
Tableau 37	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	75
Tableau 38	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	76

Tableau 39	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010.....	77
Tableau 40	Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer du sein chez la femme selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009	78
Tableau 41	Portrait synthétique du cancer colorectal, Estrie, 1986 à 2012.....	79
Tableau 42	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010.....	81
Tableau 43	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer colorectal selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	82
Tableau 44	Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer colorectal selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	82
Tableau 45	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer colorectal selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009	84
Tableau 46	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	85
Tableau 47	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	86
Tableau 48	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer colorectal selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010.....	87
Tableau 49	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer colorectal selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009.....	88
Tableau 50	Portrait synthétique du cancer de la prostate, Estrie, 1986 à 2012	89
Tableau 51	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la prostate, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010	91
Tableau 52	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la prostate selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	91
Tableau 53	Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer de la prostate selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	92
Tableau 54	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la prostate, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009	93
Tableau 55	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	94
Tableau 56	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	95
Tableau 57	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la prostate selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010	96
Tableau 58	Taux ajusté (100 00) de décès du cancer de la prostate selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009.....	97
Tableau 59	Portrait synthétique du cancer de la peau, Estrie, 1986 à 2012.....	98

Tableau 60	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010.....	100
Tableau 61	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	101
Tableau 62	Nouveaux cas attendus et observés de cancer de la peau selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	101
Tableau 63	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009.....	103
Tableau 64	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012.....	104
Tableau 65	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	105
Tableau 66	Taux ajusté (100 000) de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010.....	106
Tableau 67	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la peau (mélanome) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009.....	107
Tableau 68	Taux ajusté d'incidence du cancer de la peau (mélanome) pour les communautés locales estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans).....	108
Tableau 69	Portrait synthétique du cancer du col de l'utérus, Estrie, 1986 à 2012	109
Tableau 70	Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010	111
Tableau 71	Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010.....	112
Tableau 72	Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer du col de l'utérus selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010	112
Tableau 73	Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du col de l'utérus, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009.....	113
Tableau 74	Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	114
Tableau 75	Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012	115

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Tableau de bord des communautés de l'Estrie – Répartition des 66 communautés selon l'indice de défavorisation (2006).....	8
Figure 2	Principales causes de décès chez les hommes, Estrie, 2007 à 2009.....	9
Figure 3	Principales causes de décès chez les femmes, Estrie, 2007 à 2009.....	9
Figure 4	Principaux sièges (nouveaux cas) de cancer chez les hommes, Estrie, 2006 à 2010	11
Figure 5	Principaux sièges (nouveaux cas) de cancer chez les femmes, Estrie, 2006 à 2010	11
Figure 6	Cancers occasionnant le plus de décès chez les hommes, Estrie, 2007 à 2009.....	12
Figure 7	Cancers occasionnant le plus de décès chez les femmes, Estrie, 2007 à 2009.....	12
Figure 8	Principaux facteurs de risques des maladies chroniques (incluant le cancer), Estrie, Québec.....	13
Figure 9	Population estrienne concernée par le cancer et certains facteurs de risque	15
Figure 10	Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels, 12 ans ou plus, Estrie, Québec, 2000 à 2012	23
Figure 11	Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus dont le niveau d'activité physique de loisirs est insuffisant Estrie, Québec, 2000 à 2012	26
Figure 12	Pourcentage de personnes âgées de 12 ans ou plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, Estrie, Québec, 2000 à 2012	29
Figure 13	Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus présentant un surplus de poids, Estrie, Québec, 2000 à 2012.....	31
Figure 14	Pourcentage de la population de 15 ans ou plus ayant pris 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une période de 7 jours, selon le sexe, Estrie et Québec, 2000 à 2005	33
Figure 15	Nombre de nouveaux cas de cancer selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015	44
Figure 16	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	45
Figure 17	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	47
Figure 18	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012.....	48
Figure 19	Nombre de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015	58
Figure 20	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	58
Figure 21	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	61
Figure 22	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012.....	62
Figure 23	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015	71

Figure 24	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	71
Figure 25	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	74
Figure 26	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012	75
Figure 27	Nombre de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015	80
Figure 28	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	81
Figure 29	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer colorectal selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	83
Figure 30	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012.....	85
Figure 31	Nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015	90
Figure 32	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la prostate, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	90
Figure 33	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la prostate, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	93
Figure 34	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012	94
Figure 35	Nombre de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015.....	99
Figure 36	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	100
Figure 37	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009.....	102
Figure 38	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012.....	104
Figure 39	Nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015.....	110
Figure 40	Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010	111
Figure 41	Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer du col de l'utérus, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009	113
Figure 42	Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012	114

LISTE DES SIGLES

CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIRC :	Centre international de Recherche sur le Cancer
CPE :	Centre de la petite enfance
CSSS :	Centre de santé et de service sociaux
CSSS-IUGS :	Centre de santé et de service sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
EQSJS :	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF :	Groupe de médecine familiale
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAG-SHV :	Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
UV :	Ultraviolets
VPH :	Virus du papillome humain

MOT DE LA DIRECTRICE

En Estrie, tout comme ailleurs au Québec et au Canada, le cancer constitue l'un des problèmes de santé les plus importants et, selon les tendances actuelles, il le demeurera au cours des prochaines années. Il appert que deux Canadiens sur cinq seront atteints d'un cancer au cours de leur vie et qu'un sur quatre en décèdera (29 % d'hommes et 24 % de femmes). Malgré les progrès réalisés dans la connaissance de cette maladie, la croissance et le vieillissement de la population continueront de faire pression sur notre système de santé.

Le cancer engendre de lourds fardeaux sanitaire, social et économique et lance un défi autant individuel que collectif. Or, il s'avère possible d'intervenir efficacement contre celui-ci, la prévention étant une des stratégies parmi les plus efficaces à long terme s'adressant à ses facteurs de risque ou, au contraire, à ses facteurs de protection.

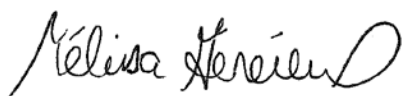
Cette publication vise avant tout à fournir des renseignements détaillés sur le portrait du cancer en Estrie et ses territoires. Elle est également conçue pour aider les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à cerner les problématiques prioritaires et à orienter les actions à entreprendre. Finalement, cette publication peut être utile à toute personne s'intéressant à la question du cancer.

Le portrait présenté inclut une analyse des facteurs de risque et de protection dans notre région ainsi qu'un aperçu des interventions réalisées à la Direction de santé publique de l'Estrie en lien avec le cancer (et plus globalement les maladies chroniques). Par ailleurs, le cancer du poumon et le cancer de la peau font l'objet d'une attention particulière, regroupant, dans une même partie, les informations qui leurs sont spécifiques.

Je tiens à souligner que ce portrait se distingue des précédents de par le fait qu'il aborde les différentes données sous l'angle des inégalités sociales et géographiques de santé. La lutte à ces inégalités constitue l'une des priorités de la Direction de santé publique de l'Estrie pour les années à venir. Ainsi, la plupart des données sont examinées selon la position sociale (par quintile de défavorisation) et la situation géographique (par municipalité régionale de comté ou MRC). De plus, lorsque le nombre de cas le permet, les informations sont analysées à l'échelle des 66 communautés de la région afin d'identifier les zones de vulnérabilité sur le territoire estrien.

Un défi important nous est donc lancé : celui d'obtenir des gains sur le cancer, mais aussi sur la santé et le bien-être de la population dans chacun des territoires de l'Estrie. N'oublions pas que le cancer atteint la durée, mais aussi la qualité de la vie d'un très grand nombre d'entre nous. L'adoption, entre autres, de comportements sains et sécuritaires constitue, à coup sûr, une clé de succès pour contrer l'apparition et les impacts de cette maladie.

Ce document vise ainsi à, non seulement améliorer les connaissances sur le cancer et ses facteurs de risque et de protection, mais aussi à mieux intervenir en favorisant une vision de santé ainsi que des cibles d'actions communes et partagées dans une lutte efficace contre le cancer.



Mélissa Généreux, MD
Directrice de santé publique de l'Estrie

INTRODUCTION

Il y a quelques années, la Direction de santé publique de l'Estrie publiait le *Portrait sommaire du cancer* ainsi que le *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006*. Le présent document se veut une mise à jour de ces produits de surveillance en ce qui a trait au cancer.

Dans un premier temps, des constats généraux seront portés en regard de l'ensemble des cancers puis, plus spécifiquement, de deux cancers surveillés en région : le cancer de la trachée, des bronches et des poumons ainsi que celui de la peau.

Par la suite, il y sera question des facteurs de risque et de protection modifiables du cancer (habitudes de vie, comportements de santé) ainsi que du profil du cancer en Estrie selon les plus récentes données disponibles. Ces données documenteront l'incidence, la mortalité et la morbidité hospitalière liées au cancer. Elles seront présentées pour l'ensemble des cancers et les cancers les plus fréquents, soit le cancer du poumon, le cancer du sein chez la femme, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Deux autres sièges seront également ajoutés dans ce document, à savoir celui du col de l'utérus et de la peau, deux sièges de cancer ciblés par des activités de santé publique dans la région.

Lorsque le nombre de cas le permettra, les données sur l'incidence et la mortalité seront analysées sous l'angle de la défavorisation matérielle et sociale. De même, lorsqu'il y aura suffisamment de puissance statistique, ces mêmes indicateurs seront ventilés à l'échelle des 66 communautés locales estriennes. Dans la mesure du possible, les données présentées sur le cancer seront différenciées selon le sexe. De plus, les territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui diffèrent significativement du portrait provincial seront mentionnés.

Enfin, une dernière section documentera les principales activités régionales en lien avec la prévention du cancer, activités qui s'inscrivent dans le continuum de soins et de services en oncologie.

1. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

> *Le cancer*

- Le cancer est une prolifération anarchique de cellules atypiques qui s'attaquent aux tissus sains de l'organisme. L'expression tumeur maligne est synonyme de cancer dans le texte qui suit.
- Dans ce document, l'incidence correspond au nombre de nouveaux cas pour un siège ou un type de cancer donné, diagnostiqués au cours d'une période spécifiée. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer primaire plutôt que le nombre d'individus atteints de cancer.
- Chaque tumeur est caractérisée par le siège d'origine de la tumeur (topographie), la morphologie des cellules cancéreuses (histologie) et le comportement (à évolution imprévisible, in situ et infiltrant). Un cancer est une tumeur ayant un comportement infiltrant. Dans ce rapport, les indicateurs sur l'incidence du cancer et la prévalence se rapportent donc aux tumeurs malignes, sauf pour la vessie qui inclut en plus les tumeurs à comportement in situ qui sont considérées comme infiltrant aux fins de la déclaration des cas de cancer (Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, 2013).
- Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet de médecin et traités à l'hôpital sur une base externe, sans passer par l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, ne sont pas déclarés au Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) ou le sont à un stade plus avancé de la maladie. Une étude portant sur les cas confirmés par histologie durant l'année 1996 conclut que l'exhaustivité globale du FiTQ (excluant les tumeurs de la peau autres que le mélanome) se situe à 92 % (Brisson et autres, 2003). Les sièges ou les types de cancer les plus sous-déclarés sont le mélanome, la prostate et la vessie, avec des taux d'exhaustivité respectifs de 65 %, 68 % et 86 %.
- Par ailleurs, les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 : 173 et CIM-10 : C44) sont exclus du calcul, car ils ne sont pas collectés uniformément par les registres du cancer. Pour les données d'hospitalisation, le cancer fait toutefois référence aux codes suivants : CIM-9 : 140 à 208.
- Jusqu'en 2010 inclusivement, le FiTQ est alimenté presque exclusivement par le système MED-ÉCHO. Le diagnostic de cancer est identifié lors d'un épisode d'hospitalisation en soins généraux et spécialisés (depuis 1981) ou lors d'une chirurgie d'un jour (depuis septembre 1983), et enregistré au FiTQ. L'information colligée par les archivistes médicaux provient, entre autres, de la feuille sommaire complétée par les médecins, du protocole opératoire et du rapport d'anatomopathologie.
- Les cancers déclarés au décès seulement (environ 1 % des cas) sont maintenant enregistrés au FiTQ. Des travaux ont permis une mise à jour sur les années antérieures, ainsi que l'ajout de la date de décès pour tous les nouveaux cas de cancer. Des appariements réguliers avec plusieurs sources, notamment le Fichier des décès, permettent de récupérer la date de décès des personnes atteintes d'un cancer.
- Pour la topographie ou le siège du cancer, les cas sont codés en CIM-O-3 (classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition), et ce, à la suite d'une conversion des codes originaux déclarés en CIM-9 (de 1984 à avril 2006) et en CIM-10-CA (depuis le 1^{er} avril 2006) pour les cas déclarés lors de l'hospitalisation.
- Pour l'histologie, les cas sont codés en CIM-O-3. Une conversion a été nécessaire pour les cas déclarés entre 1984 et le 1^{er} avril 2008 qui avaient été initialement codés en CIM-O-2. À partir du 1^{er} avril 2008, les cas sont déclarés directement en CIM-O-3.

- Les classifications du cancer visent à s'adapter aux nouvelles réalités amenées par de nouvelles connaissances scientifiques. Ainsi, certaines tumeurs qui n'étaient pas considérées malignes avec la CIM-9 le sont devenues avec la CIM-O-3 et vice versa. Ces changements touchent surtout le système hématopoïétique. Bien qu'il n'y ait pas de correspondance parfaite entre les codes CIM-9 et CIM-O-3, la conversion de l'ensemble du FiTQ vers la CIM-O-3 a été effectuée en utilisant un tableau de conversion fourni par le Registre canadien du cancer. Par conséquent, il n'est pas recommandé de comparer un taux calculé avec la version précédente du FiTQ (en CIM-9) et un taux calculé avec la nouvelle version du FiTQ convertie en CIM-O-3. Pour comparer des taux sur une période de temps, nous avons donc recalculé les taux pour chaque année ou groupe d'années étudiées avec le fichier actuel en CIM-O-3.
- Lorsque deux tumeurs sont diagnostiquées chez une même personne, en même temps ou dans un certain intervalle de temps, des règles sur les tumeurs primaires multiples sont appliquées pour déterminer si une ou deux tumeurs doivent être déclarées. Les règles des tumeurs primaires multiples du Centre international de Recherche sur le Cancer sont utilisées.

> *La standardisation des taux*

Les taux bruts reflètent la situation réellement vécue par une population et sont surtout utilisés pour illustrer le fardeau supporté par cette population. À des fins de comparaison de l'état de santé de différentes populations il est toutefois souhaitable de standardiser ces mesures statistiques afin d'atténuer l'effet confondant de certaines caractéristiques de ces populations. Le plus souvent les taux sont standardisés selon l'âge, déterminant majeur de la santé. Il est en effet normal, par exemple, d'observer plus de décès au cours d'une période au sein d'une population dont la structure d'âge est plus vieille. Mais toutes proportions d'âge gardées, cela ne signifie pas pour autant que l'état de santé de cette population est moins bon. Mentionnons que les taux standardisés n'ont de signification que lorsqu'ils sont comparés avec d'autres taux standardisés. Ils ne signifient rien à eux seuls et, par conséquent, ne représentent aucunement une mesure du fardeau réel supporté par les populations, contrairement aux taux bruts.

Dans ce rapport, la méthode de standardisation directe a été utilisée pour ajuster selon l'âge certains taux (taux « ajustés »). Cette méthode consiste à appliquer les taux par âge d'une population, pour une période donnée, à la structure d'âge d'une population de référence. Ces mesures synthétiques reflètent ainsi ce qu'auraient été les mesures brutes des populations étudiées si celles-ci avaient la même structure d'âge que la population de référence. La population de référence utilisée pour standardiser les taux et proportions selon l'âge est, par défaut, celle de l'ensemble du Québec en 2006, sexes réunis, corrigée pour le sous-dénombrement. Les écarts observés entre deux taux standardisés sont donc attribuables à d'autres facteurs que la structure d'âge des populations concernées.

> *Les inégalités sociales de santé*

La lutte aux inégalités sociales de santé constitue l'une des priorités de la Direction de santé publique de l'Estrie dans les années à venir. Les différentes données sur l'état de santé présentées seront donc abordées sous cet angle lorsque cette information est disponible. Pour ce faire, l'indice de défavorisation sociale et matérielle qui a été développé à l'Institut national de santé publique du Québec a entre autres été retenu. Cet indice est obtenu à partir de six indicateurs socioéconomiques issus du recensement. Les résultats ont été divisés en quintiles (un quintile = 20 % de la population). Le quintile 1 représente la population la plus favorisée, et inversement, le quintile 5, la plus défavorisée.

Les composantes matérielles de cet indice sont :

- Le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus
- La proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires
- Le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus

Les composantes sociales de cet indice sont :

- La proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile
- La proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves
- La proportion de familles monoparentales

Lorsque le nombre de cas le permettra, les données sur l'incidence et la mortalité seront analysées sous l'angle de la défavorisation matérielle et sociale calculée à l'échelle des aires de diffusion de Statistique Canada (unités géographiques de 400 à 700 personnes). Les inégalités sociales de santé seront alors examinées sous l'angle des écarts obtenus entre les zones les plus défavorisées et celles étant les plus avantagées sur les plans matériel et social selon l'indice de défavorisation de l'INSPQ.

> *Les 66 communautés estriennes*

À l'automne 2007, l'Observatoire estrien du développement des communautés, en étroite collaboration avec la Direction de santé publique de l'Estrie, a amorcé les travaux du Tableau de bord des communautés de l'Estrie à l'intention des acteurs œuvrant sur le territoire estrien. Le Tableau de bord, c'est :

- Une source de données complémentaires pour le milieu (ex. : politiques de développement social, plan de lutte à la pauvreté, portraits de santé et planifications stratégiques des CSSS, etc.).
- Un outil d'aide à la décision pour orienter l'action à un niveau géographique plus fin que celui de la MRC.
- Une démarche participative avec des intervenants, des citoyens, des élus, des tables de concertation et des chercheurs.
- Une démarche d'animation des communautés à partir d'un outil qui contient à la fois des données statistiques et des données qualitatives exprimées par des citoyens, lors de groupes de discussion portant sur le potentiel de leur communauté.

Dans le cadre du projet du Tableau de bord, la délimitation des communautés s'est réalisée en collaboration avec des partenaires dans chacun des territoires de MRC, en tenant compte d'un certain nombre de considérations, telles que la dynamique de la vie communautaire, le sentiment d'appartenance des gens du milieu, le réseau social et d'entraide naturelle, l'occupation de l'espace, la mobilité des gens dans leur vie quotidienne et la vie économique des milieux. L'objectif était de former des unités géographiques les plus homogènes possibles, tout en ayant une taille suffisamment grande pour assurer une robustesse statistique aux données diffusées à cette échelle (autour de 5 000 personnes). Au terme de cette étape de délimitation des territoires, 66 communautés locales ont été créées. La cartographie de ces communautés se trouve à l'ANNEXE H du présent document.

Lorsqu'il y aura suffisamment de puissance statistique, les données sur l'incidence et la mortalité seront ventilées à l'échelle des 66 communautés locales estriennes. La Figure 1 présente le classement de ces communautés selon leur score au niveau de l'indice de défavorisation matérielle et sociale. Les quatorze communautés en bas à droite sont les plus défavorisées de l'Estrie, à la fois sur les plans matériel et social. Au moment de l'analyse, lorsque des taux d'incidence ou de mortalité calculés à l'échelle des communautés seront plus importants qu'au niveau provincial, nous indiquerons si les communautés concernées se retrouvent parmi ces quatorze territoires désavantagés socio-économiquement.

Figure 1
Tableau de bord des communautés de l'Estrie – Répartition des 66 communautés selon l'indice de défavorisation (2006)

		DÉFAVORISATION SOCIALE					
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	FAIBLE	FAIBLE ↓ FORTE	▶ Des Châteaux (C-8) ▶ Héliène-Boullé (C-26)	▶ Sainte-Catherine (C-18) ▶ Petit-Lac-Magog (C-19) ▶ Bolsjoll (C-21)	▶ Saint-Denis-de-Brompton ▶ Orford ▶ Mi-Vallon (C-20) ▶ Chauveau (C-31)	▶ Southière ▶ Beckett (C-25) ▶ Laurentie (C-29)	▶ Saint-Alphonse (C-27) ▶ Vieux-Nord (C-28) ▶ André-Viger (C-32)
	Q1		▶ Desranleau (C-7) ▶ Village-de-Rock-Forest (C-22) ▶ Saint-Élie (C-24)	▶ Massawippi ▶ Sud de Magog ▶ Brompton (C-1)	▶ Aéroport (C-2)	▶ Pin-Solitaire (C-4) ▶ Lennoxville (C-11) ▶ De l'Université (C-17)	▶ Lionel-Groulx (C-30) ▶ Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)
	Q2		▶ Stoke ▶ Coaticook ▶ Centre agricole	▶ Valcourt et région ▶ Deauville (C-23)	▶ Coaticook Nord ▶ Vallée de la Missisquoi Nord ▶ Vallée de la Missisquoi Sud	▶ Ville de Windsor ▶ Nord de Magog ▶ Lavigerie (C-9) ▶ Du Phare (C-15)	▶ Julien-Ducharme (C-3) ▶ Jardins-Fleuris (C-6) ▶ Saint-Jean-Baptiste (C-10)
	Q3		▶ Village des Sources ▶ Coaticook Ouest	▶ Ceinture de Windsor ▶ Nord-Est de Magog	▶ Lac-Mégantic ▶ Zone 2 (Nord-Ouest) ▶ Coaticook Centre urbain	▶ Asbestos	▶ Centre de Magog ▶ Saint-Michel (C-5) ▶ Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)
	Q4		▶ Rivière-Chaudière ▶ Parc de Frontenac ▶ Zone 1 (Sud) ▶ Coaticook Est	▶ Danville ▶ Zone 3 (Est)	▶ Monts Mégantic et Gosford ▶ Zone 4 (Dudswell-Weedon) ▶ Richmond et région	▶ Stanstead ▶ Est de Magog	▶ Centre-Ville (C-12) ▶ Immaculée-Conception (C-13) ▶ Des Grands-Monts (C-14)
FORTE	Q5						

N.B. : Chaque case correspond à un quintile (Q1 à Q5) (20 % de la population) se rapportant à l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Exemple : La communauté Saint-Michel est au quintile 5 (Q5) pour la défavorisation sociale et au quintile 4 (Q4) pour la défavorisation matérielle.

2. CONSTATS GÉNÉRAUX

2.1. LE CANCER EN ESTRIE

Environ deux Canadiens sur cinq (45 % d'hommes et 41 % de femmes) développeront un cancer au cours de leur vie, et environ un Canadien sur quatre (29 % d'hommes et 24 % de femmes) en décèdera¹. À l'instar du Québec et du Canada, le cancer représente la première cause de décès en Estrie (34,6 % chez les hommes et 30 % chez les femmes). Le cancer et les maladies du cœur causent à eux seuls plus de la moitié de tous les décès (54,2 % chez les hommes et 50,7 % chez les femmes) survenus en Estrie.

Figure 2
Principales causes de décès chez les hommes, Estrie, 2007 à 2009

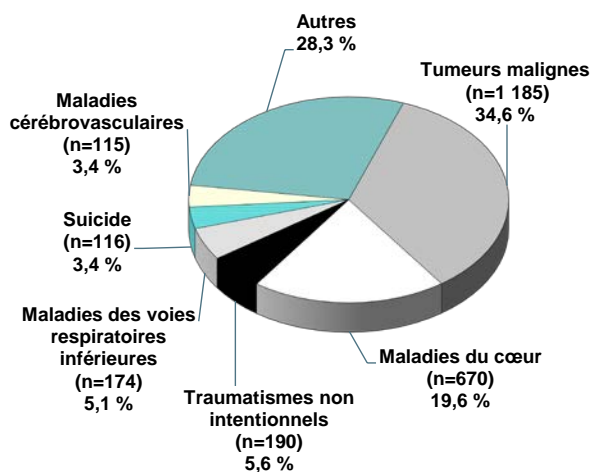
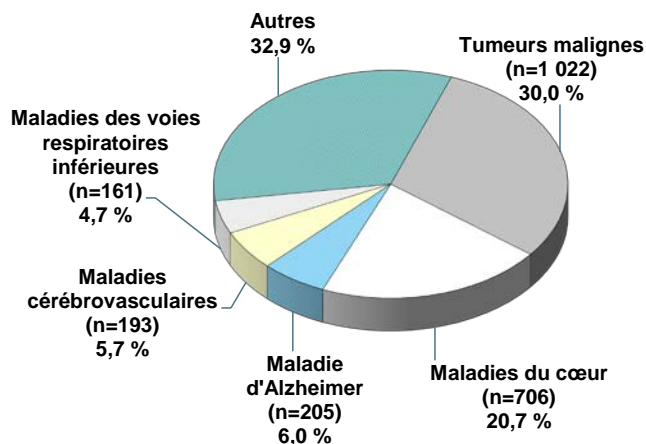


Figure 3
Principales causes de décès chez les femmes, Estrie, 2007 à 2009



1. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101> (consulté le 5 septembre 2014).

De 1986 à 2010, on assiste à une augmentation du nombre de nouveaux cas, tant chez les hommes que chez les femmes. Le nombre annuel moyen de nouveaux cas et de décès par cancer ne cesse d'augmenter, entre autres parce que la population vieillit et augmente. Cette croissance du nombre de cas devrait entraîner, au sein de la population, une augmentation des besoins en services diagnostiques et en soins thérapeutiques et palliatifs.

Soulignons qu'en Estrie tout comme au Canada, légèrement plus d'hommes reçoivent un diagnostic de cancer que de femmes : 51 % de tous les nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les hommes; 49 %, chez les femmes (en 2010 : 938 hommes et 920 femmes nouvellement diagnostiqués). De plus, près de trois nouveaux cas de cancer sur quatre (73,3 %) sont rapportés parmi la population âgée de 60 ans ou plus (période 2006-2010).

En contrôlant l'effet du vieillissement de la population en Estrie, on constate une baisse du taux de nouveaux cas de cancer chez les hommes, mais une augmentation récente de ce taux chez les femmes (1996 à 2010) attribuable, entre autres, à une progression des cancers du poumon et du sein. On assiste en effet à une tendance à la hausse du taux d'incidence de cancer du sein, expliquée en partie par le nombre accru de nouveaux cas détectés dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). En contrepartie, ce programme contribue à réduire le taux de mortalité par un dépistage et une prise en charge précoce de cette maladie. Chez la population féminine, la progression du taux d'incidence globale du cancer reflète également l'augmentation des taux d'incidence d'autres sièges de cancer tels que ceux du mélanome et de la thyroïde.

En Estrie, on constate en moyenne chaque semaine* :

- 35 nouveaux cas de cancer dont 18 chez les hommes et 17 chez les femmes.
- 4 nouveaux cas de cancer du sein chez la femme.
- 5 nouveaux cas de cancer du poumon dont 3 chez les hommes et 2 chez les femmes.
- 4 nouveaux cas de cancer colorectal répartis à peu près également entre hommes et femmes.
- 4 nouveaux cas de cancer de la prostate.

*Basé sur les données de 2010

Le taux de nouveaux cas de cancer de la population régionale est comparable à celui de la province. Toutefois, on remarque un facteur positif : le taux de mortalité attribuable au cancer de la population estrienne est inférieur à celui de la population du Québec. De plus, on note une baisse du taux de mortalité dans l'ensemble de la population estrienne au cours des dernières années.

De manière générale, les groupes demeurant dans les aires les plus défavorisées sur le plan social présentent des taux d'incidence et de mortalité par cancer plus importants que ceux habitant les zones les plus avantagées sur ce plan². Par ailleurs, dans l'ensemble de la population estrienne, aucun écart significatif n'est observé à ce sujet entre les groupes avantagés et désavantagés sur le plan matériel.

Spécifions que :

- Plus de la moitié des nouveaux cas diagnostiqués sont des cancers de la prostate, du poumon, du sein ainsi que du colon et du rectum (Figure 4 et Figure 5).
- Le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les deux sexes, du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme, sont ceux occasionnant le plus de décès (Figure 6 et Figure 7). Le cancer du poumon (plus explicitement de la trachée, des bronches et du poumon) est responsable de plus du quart des décès causés par un cancer (33 % chez les hommes et 24 % chez les femmes).

2. La lutte aux inégalités sociales de santé constitue l'une des priorités de la Direction de santé publique de l'Estrie dans les années à venir. Les différentes données sur le cancer présentées sont donc abordées sous cet angle lorsque cette information est disponible. Pour ce faire, l'indice de défavorisation sociale et matérielle qui a été développé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est souvent employé. L'indice a été calculé principalement à l'échelle des aires de diffusion de Statistique Canada (unités géographiques de 400 à 700 personnes). Cet indice est obtenu à partir de six indicateurs socioéconomiques issus du recensement. Les résultats ont été divisés en quintile (un quintile = 20 % de la population). Le quintile 1 représente la population la plus favorisée, et inversement, le quintile 5, la plus défavorisée. Lorsque les données sur les revenus et la scolarité des individus ne sont pas disponibles, les inégalités sociales de santé sont examinées sous l'angle des écarts obtenus entre les zones les plus défavorisées et celles étant les plus avantagées sur les plans matériel et social, selon l'indice de défavorisation de l'INSPQ.

Par ailleurs, en Estrie, le cancer représente 12,4 % de toutes les journées d'hospitalisation enregistrées pour l'ensemble des causes en soins physiques de courte durée. Au Québec, cette proportion est de 7,6 %. À lui seul, le séjour total d'admissions hospitalières pour le cancer du poumon représente 18,6 % de toutes les journées d'hospitalisation pour le cancer. Au Québec cette proportion est de 18,2 %.

➤ *Principaux sièges de cancer*

Figure 4
Principaux sièges (nouveaux cas) de cancer chez les hommes, Estrie, 2006 à 2010

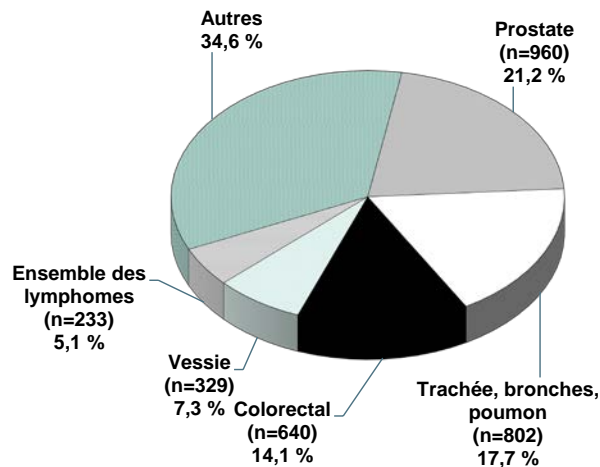
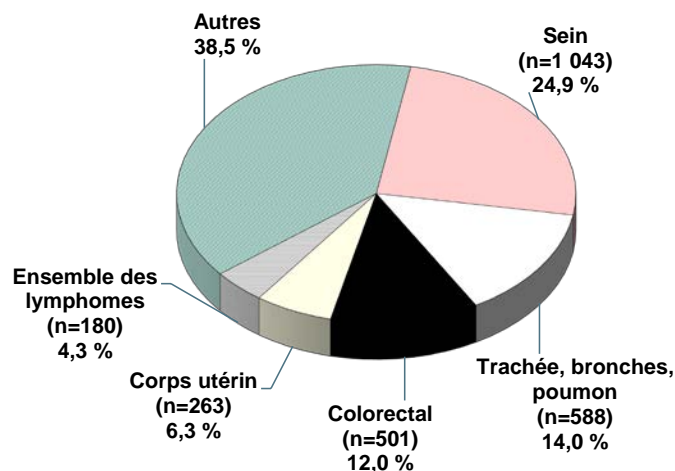


Figure 5
Principaux sièges (nouveaux cas) de cancer chez les femmes, Estrie, 2006 à 2010



➤ *Cancers occasionnant le plus de décès*

Figure 6
Cancers occasionnant le plus de décès chez les hommes, Estrie, 2007 à 2009

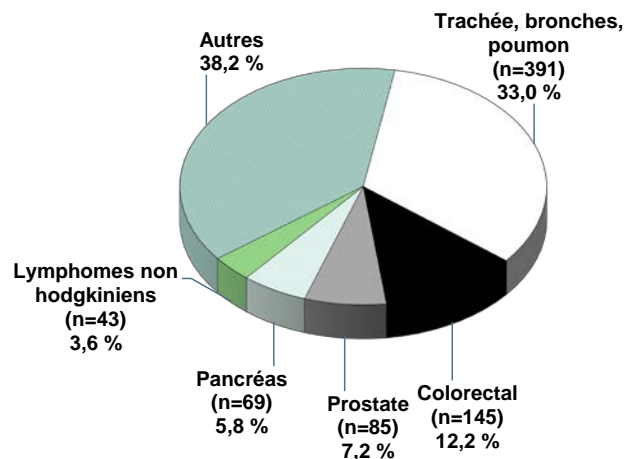
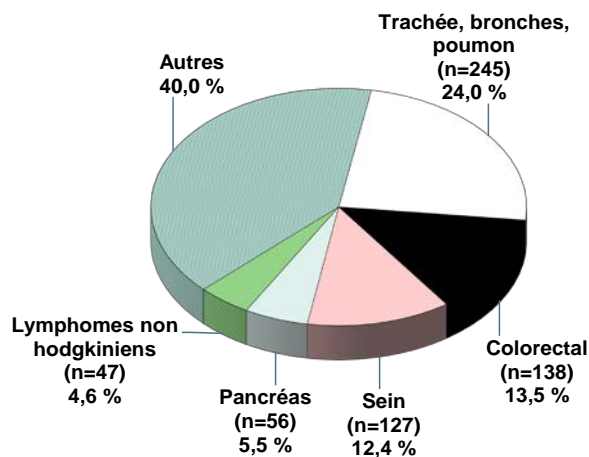


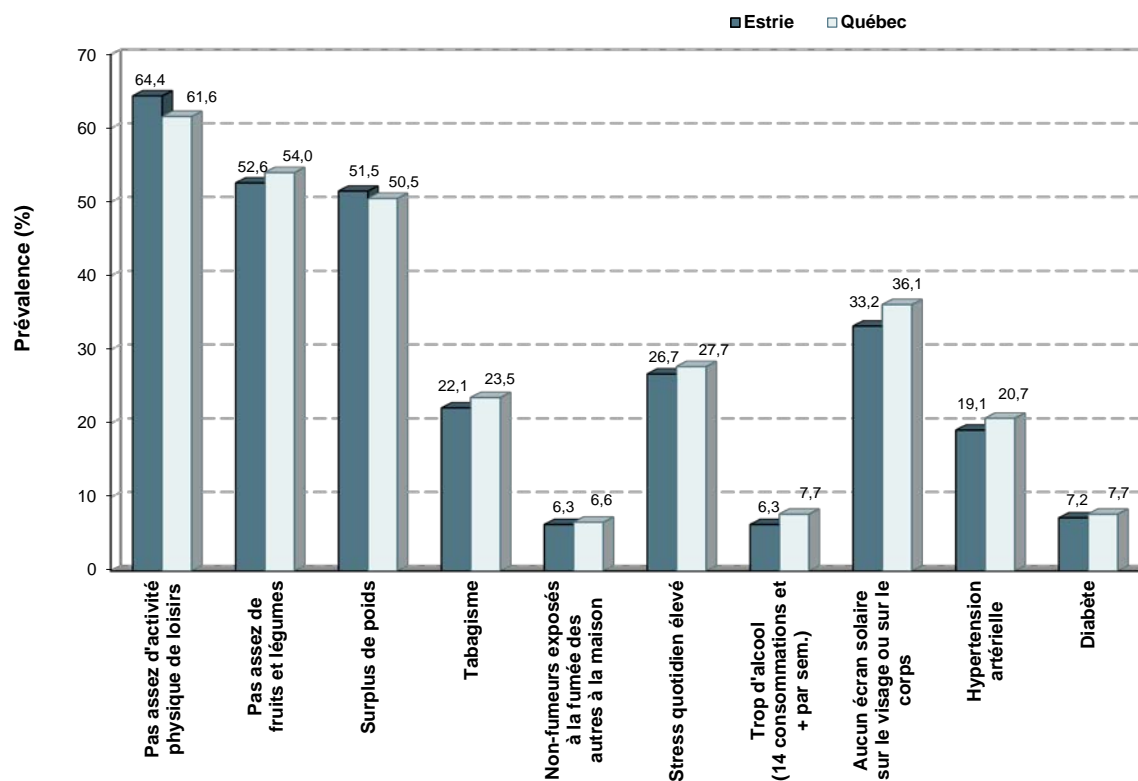
Figure 7
Cancers occasionnant le plus de décès chez les femmes, Estrie, 2007 à 2009



Finalement, en Estrie comme au Québec, le cancer demeure un problème accentué par un sombre portrait des facteurs de risques (Figure 8).

La bonne nouvelle est que l'on peut agir sur ces facteurs de risque et que de telles actions préventives contribuent à lutter à la fois contre le cancer, mais aussi contre d'autres maladies chroniques (ex. : maladies cardiovasculaires). Une description et une présentation plus exhaustives des principaux facteurs de risque en lien avec les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires sont retrouvées à la [section 3](#).

Figure 8
Principaux facteurs de risques des maladies chroniques (incluant le cancer), Estrie, Québec



Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005, 2009-2010, 2011-2012. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2010-2011.

Note : Les prévalences du tableau ci-dessus s'appliquent à des populations de 12 ans ou plus (écran solaire sur le visage ou sur le corps), 15 ans ou plus (alcool), 18 ans ou plus (activité physique, fruits et légumes, surplus de poids, tabagisme, exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire, stress quotidien élevé) ou 20 ans ou plus (hypertension artérielle, diabète) selon le cas. Les prévalences de l'Estrie ne diffèrent pas statistiquement de celles du Québec, sauf pour le diabète et l'hypertension artérielle où le taux de l'Estrie est significativement plus faible que celui du Québec.

Tableau 1

Principaux facteurs de risque des maladies chroniques (incluant le cancer) selon le sexe, Estrie, Québec

Facteur de risque	Hommes Estrie (%)	Hommes Québec (%)	Femmes Estrie (%)	Femmes Québec (%)	Total Estrie (%)	Total Québec (%)
Pas assez d'activité physique de loisirs	62,9	60,8	65,9	62,3	64,4	61,6
Pas assez de fruits et légumes	59,2	62,3	46,2	46,0	52,6	54,0
Surplus de poids	61,9	58,0	41,1	42,9	51,5	50,5
Tabagisme	29,4	26,2	(-) 15,0	20,9	22,1	23,5
Non-fumeurs exposés à la fumée des autres à la maison	6,5**	7,2	6,1**	6,1	6,3*	6,6
Stress quotidien élevé	27,1	26,6	26,4	28,7	26,7	27,7
Trop d'alcool (14 cons. et + par semaine)	10,4*	12,4	2,6**	3,2	6,3*	7,7
Aucun écran solaire sur le visage ou sur le corps	45,6	49,6	18,4*	20,7	33,2	36,1
Hypertension artérielle	(-) 19,5	20,9	(-) 18,6	20,4	(-) 19,1	20,7
Diabète	(-) 8,2	8,8	(-) 6,4	6,7	(-) 7,2	7,7

Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005, 2009-2010, 2011-2012. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2010-2011.

Note : Les prévalences du tableau ci-dessus s'appliquent à des populations de 12 ans ou plus (écran solaire sur le visage ou sur le corps), 15 ans ou plus (alcool), 18 ans ou plus (activité physique, fruits et légumes, surplus de poids, tabagisme, exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire, stress quotidien élevé) ou 20 ans ou plus (hypertension artérielle, diabète) selon le cas.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population québécoise, au seuil de signification de 5 %.

> Portrait en quelques chiffres

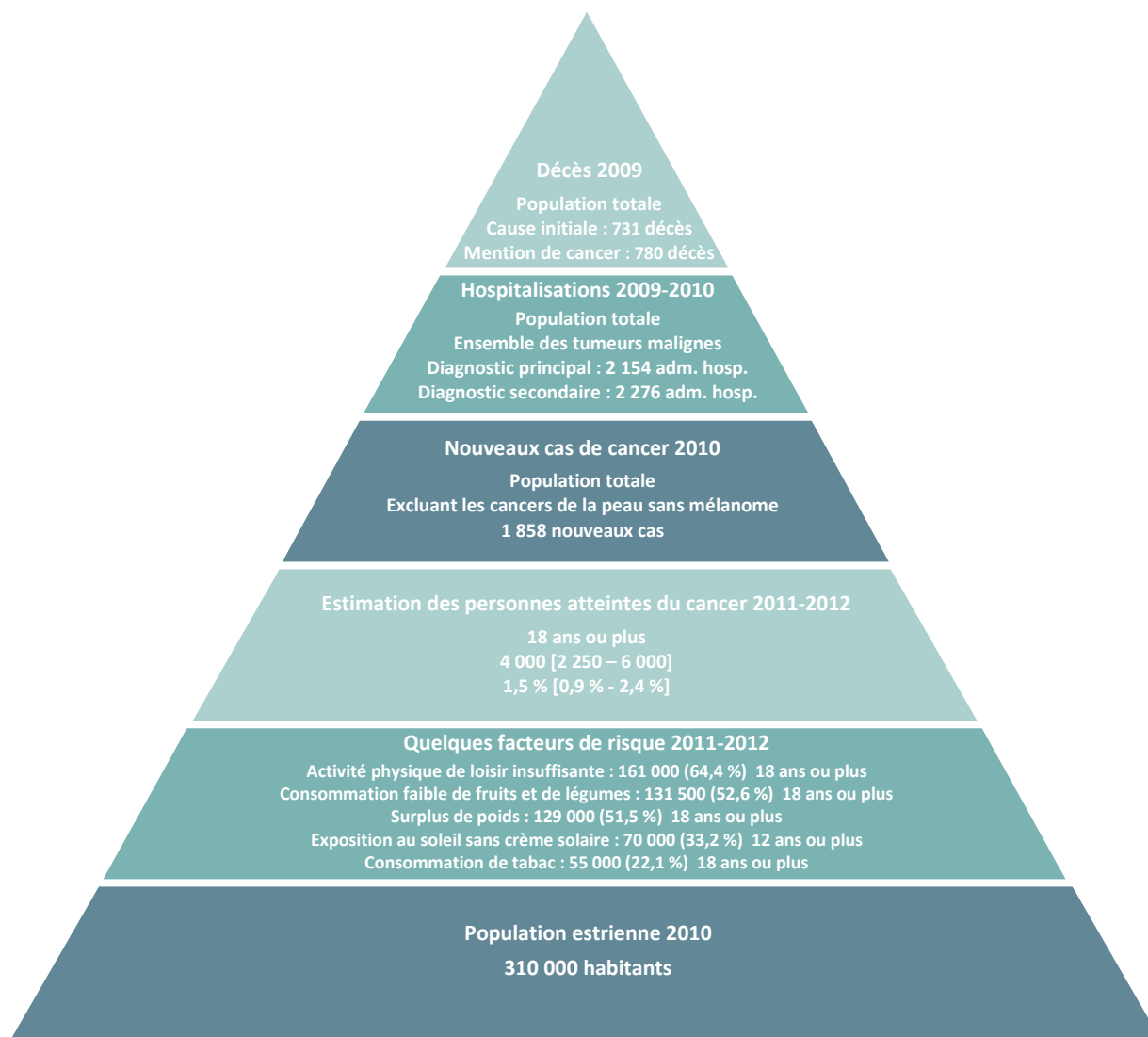
État de santé

- 4 000 adultes déclarent être atteints du cancer.
- 2 000 nouveaux cas de cancer sont enregistrés chaque année, excluant les cancers de la peau sans mélanome.
- 2 200 admissions hospitalières pour causes de cancer sont recensées par an.
- 800 décès impliquent un cancer sur une base annuelle.

Facteurs de risque

- 55 000 adultes (18 ans ou plus) fument.
- 131 500 adultes ont une faible consommation de fruits et de légumes.
- 129 000 adultes ont un surplus de poids.
- 161 000 adultes ont un niveau d'activité physique de loisir insuffisant.
- 70 000 personnes (12 ans ou plus) s'exposent au soleil 30 minutes ou plus sans se mettre une crème solaire.

Figure 9
Population estrienne concernée par le cancer et certains facteurs de risque



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichiers des décès 2009 (CIM-10-A). Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier MED-ECHO, 2009-2010 (CIM-10-A). Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, 2010. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010 et 2011-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations de population, 2010.

2.2. TYPES DE CANCER À SURVEILLER

Après avoir analysé plusieurs données se rapportant au cancer, deux sièges attirent plus particulièrement notre attention en Estrie, soit celui de la trachée, des bronches et du poumon, et celui du cancer de la peau (mélanome).

> *Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon*

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon détient le triste record du plus grand nombre de nouveaux cas sur une base annuelle (300 nouveaux cas en moyenne par an). Il s'agit d'un des cancers

généralisant le plus grand nombre de jours d'hospitalisation en région. Ce siège de cancer génère également le plus grand nombre de décès par tumeurs malignes. En Estrie tout comme au Québec, le taux de décès par cancer du poumon est plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Toutefois, l'écart s'atténue au fil des ans, le taux diminuant chez les hommes et augmentant chez les femmes (voir [section 4.2.](#)).

En contrôlant les effets du vieillissement de la population, on constate ces dernières années une baisse du taux d'incidence chez les hommes, mais une augmentation de celui-ci parmi les femmes. En Estrie, les populations vivant dans les aires les plus défavorisées, à la fois sur les plans social et matériel, affichent des taux d'incidence de 62 % supérieurs et des taux de mortalité de 70 % plus élevés que celles demeurant dans les zones les plus favorisées.

À l'échelle des communautés estriennes³, deux des quatre territoires présentant un taux d'incidence du cancer du poumon plus élevé que la moyenne provinciale comptent parmi les communautés les plus défavorisées socialement et matériellement dans la région.

En fin de compte, toutes ces statistiques sur les inégalités sociales de santé illustrent que certains groupes de la population estrienne sont davantage touchés que d'autres par ce type de cancer.

Par ailleurs, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon représente l'une des priorités de divers comités du réseau estrien de la santé pour les années venir, à savoir : le Comité directeur Santé physique et le Sous-comité cancérologie, ainsi que le Comité directeur Santé publique.

> *La fumée de tabac : un facteur de risque important*

Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement (voir [section 3.1.](#) et [section 3.2.](#)) sont responsables de la très grande majorité des cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon. De plus, ils augmentent le risque de développer plusieurs autres cancers, notamment le cancer de la bouche, de l'œsophage, de la vessie et du rein.

Bien que le tabagisme soit en baisse depuis le début des années 1980 dans la région et au Québec, malgré certaines périodes de stagnation, près du quart (22,1 %) de la population estrienne âgée de 18 ans ou plus déclare fumer la cigarette en 2011-2012, ce qui représente environ 55 000 personnes. Au même moment, près d'une personne sur six âgée de 18 ans ou plus (15,3 %) rapporte être exposée à de la fumée secondaire dans son domicile en Estrie, ce qui est comparable à la donnée provinciale (14,6 %). Ce type d'exposition à la fumée de tabac atteint 6,3 % parmi les non-fumeurs de la région. En additionnant les fumeurs aux non-fumeurs étant en contact avec de la fumée de cigarette à la maison, on peut affirmer que près de 30 % de la population est exposée à ce facteur de risque.

D'autres données régionales démontrent que les personnes disposant des niveaux de revenus et d'éducation les plus faibles sont proportionnellement plus nombreuses à fumer (deux fois plus de fumeurs chez les gens faiblement scolarisés et quatre fois plus chez les gens les plus pauvres). Également, ces mêmes personnes sont davantage exposées à la fumée de tabac secondaire à domicile (quatre fois plus d'exposition à la fumée secondaire chez les gens faiblement scolarisés et trois fois plus chez les gens les plus pauvres).

Par ailleurs, les données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) montrent que 6,9 % des élèves sont considérés comme étant des fumeurs quotidiens ou occasionnels. Si l'on ajoute les fumeurs débutants, la proportion s'élève à 10,2 %. Les jeunes vivant dans des milieux défavorisés sur les plans matériel et social sont 1,5 fois plus nombreux à fumer des cigarettes que ceux demeurant dans des territoires les plus avantagés sur ces deux plans.

3. À l'automne 2007, l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), en étroite collaboration avec la Direction de santé publique de l'Estrie, amorce les travaux du Tableau de bord des communautés de l'Estrie à l'intention des acteurs œuvrant sur le territoire estrien. Dans le cadre du projet Tableau de bord, la délimitation des communautés s'est réalisée en collaboration avec des partenaires dans chacun des territoires de MRC, en tenant compte d'un certain nombre de considérations, telles que la dynamique de la vie communautaire, le sentiment d'appartenance des gens du milieu, le réseau social et d'entraide naturelle, l'occupation de l'espace, la mobilité des gens dans leur vie quotidienne et la vie économique des milieux. L'objectif était de former des unités géographiques les plus homogènes possibles, tout en ayant une taille suffisamment grande pour assurer une robustesse statistique aux données diffusées à cette échelle (autour de 5 000 personnes). Au terme de cette étape de délimitation des territoires, 66 communautés locales ont été créées.

> Des actions préventives posées en Estrie

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon en est un sur lequel nous pouvons agir en santé publique sur le plan de la prévention avec des actions reconnues efficaces, et ce, autant en milieu clinique qu'en communauté (voir [section 5.](#)).

Diverses stratégies impliquent une mobilisation des acteurs de la région, voire parfois provinciaux, et ce, dans des collaborations sectorielles (partenaires du réseau de la santé et des services sociaux) et intersectorielles (autres partenaires).

Voici, en bref, certains programmes mis de l'avant en Estrie permettant d'illustrer les interventions réalisées ces dernières années sur le territoire, en regard des saines habitudes de vie et des comportements sains et sécuritaires.

Afin de mieux soutenir les fumeurs dans leur processus de cessation tabagique, les centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent des services de counseling individuel (intervention brève et intensive) ou de groupe selon les besoins de la clientèle qui les consulte. Voici quelques-uns des services offerts par les CAT :

- Information et soutien à la cessation tabagique.
- Suivi de plusieurs rencontres individuelles (counseling bref et intensif) ou de groupe.
- Utilisation, par les conseillers des CAT et par les pharmaciens communautaires, de l'ordonnance collective régionale de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), afin de faciliter le remboursement de ces aides pharmacologiques par les régimes d'assurances et pour doubler les taux de succès de l'arrêt tabagique.
- Participation à la promotion des campagnes sociétales, tels le *Défi j'arrête, j'y gagne!* et la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*.

De son côté, le Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION combine diverses stratégies cliniques, éducatives et environnementales sous l'axe de l'adoption et du maintien de saines habitudes de vie, en faisant la promotion du non-tabagisme, d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif. Les actions ciblent tant les individus et les groupes vulnérables que la population. Outre les pratiques cliniques préventives (notamment sous la forme de counseling), les interventions se déroulent principalement dans les milieux suivants : santé, scolaire, municipal et associatif, centres de la petite enfance (CPE), travail. Le plan d'action se déploie avec la participation active d'instances de concertation sectorielles et intersectorielles.

Soulignons qu'il est retrouvé parmi les facteurs de risque l'exposition à des agents cancérigènes dans l'environnement (exemples : le radon et la pollution atmosphérique) ou dans les milieux de travail (exemples : les produits chimiques industriels). Une exposition à l'amiante, à l'arsenic et à une radiation (exemple : radiothérapie au thorax pour un lymphome hodgkinien ou un cancer du sein) en sont d'autres exemples. Tout en reconnaissant leur importance et en étant pour certains des cibles d'interventions en Estrie (voir [section 5.5.](#), *Cancers et santé au travail*), ces facteurs de risque ne font pas l'objet d'une présentation spécifique dans ce *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires*.

> Le cancer de la peau (mélanome)

Tel que présenté plus explicitement à la [section 4.6.](#), entre 2006 et 2010, on a recensé en Estrie une quarantaine de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) en moyenne annuellement. Il ne s'agit donc pas d'un des sièges de cancers les plus fréquents sur le territoire. Par contre, dans l'ensemble de la population, le cancer de la peau est en progression dans la région. En contrôlant les effets du vieillissement de la population, on a observé, depuis le milieu des années 1980, une augmentation statistiquement significative du taux d'incidence chez les femmes. De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau est toutefois comparable entre les hommes et les femmes (12,3 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 13,1 nouveaux cas pour la période 2006 à 2010).

En se basant sur la tendance québécoise, on aurait dû s'attendre à 148 nouveaux cas entre 2006 et 2010. Dans les faits, ce nombre de cas a été plus élevé, soit 202 (excès de 54 cas, soit environ 11 par an). Cet excès de nouveaux cas a été observé dans la plupart des groupes d'âges, l'excès le plus prononcé étant chez les 40 à 79 ans. Il est à souligner que le taux d'incidence observé en région est supérieur de 40 % à celui du reste du Québec.

Finalement, en Estrie, les populations demeurant dans les aires les plus favorisées sur le plan social présentent des taux d'incidence de 47 % supérieurs à ceux enregistrés parmi les personnes demeurant dans les secteurs les plus défavorisés sur ce plan. Par ailleurs, dans l'ensemble de la population estrienne, aucun écart significatif n'est observé à ce sujet entre les groupes avantagés et désavantagés sur le plan matériel.

➤ *Les rayons ultraviolets, un facteur de risque important*

Les cancers de la peau (mélanome, carcinome basocellulaire et carcinome spinocellulaire) sont attribuables à de nombreux facteurs de risque. Le plus important, quel que soit le type de cancer de la peau, demeure l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) que ceux-ci proviennent du soleil ou d'appareils de bronzage artificiel, comme les lits de bronzage et les lampes solaires.

Le risque de cancer de la peau, beaucoup plus élevé aujourd'hui qu'il y a 20 ans, ne cesse de s'accroître. Nous sommes maintenant exposés à une plus grande quantité de rayons ultraviolets, puisque la couche protectrice d'ozone qui entoure notre atmosphère s'amincit en raison de la pollution et des substances chimiques.

Globalement, deux types d'exposition aux rayons UV sont à surveiller : l'exposition chronique, plusieurs heures par jour, la plupart des jours, même sans coup de soleil, et les expositions intermittentes mais intenses. Tel que spécifié par la Société canadienne du cancer, le développement du carcinome spinocellulaire est surtout lié à l'exposition totale à vie au soleil et la surexposition aux rayons UV dans l'enfance. Le carcinome basocellulaire affecte le plus souvent les personnes au teint clair et son développement est surtout lié à une exposition intermittente aux rayons UV, aux coups de soleil et à une surexposition dans l'enfance et à l'adolescence⁴. La plupart des mélanomes sont causés par l'exposition aux rayons solaires qu'elle soit des expositions intermittentes au soleil tout au cours de la vie ou d'une exposition en bas âge au soleil. Les personnes au teint clair qui ont eu d'importants coups de soleil à un jeune âge risquent le plus d'être atteintes d'un mélanome⁵.

Notons qu'une personne au teint clair est décrite comme ayant :

- une peau de couleur pâle qui brûle facilement, qui ne bronze pas et qui présente des taches de rousseur;
- des yeux bleus, verts ou d'une autre couleur pâle;
- des cheveux roux ou blonds.

Afin de se protéger des effets nocifs des rayons UV, il est important d'éviter le bronzage artificiel (lit de bronzage et lampes solaires). De plus, il est recommandé, lors d'exposition au soleil, de se couvrir de vêtements longs, de porter un chapeau préférablement à large bord, d'éviter de s'exposer entre 11 h et 16 h (surtout si l'indice UV est de 3 ou plus) et d'appliquer un écran solaire dont le facteur de protection (FPS) est d'au moins 15 (préférablement 30 pour les personnes travaillant en plein air ou passant la plus grande partie de la journée à l'extérieur).

En plus des recommandations de protection individuelle, soulignons que les espaces récréatifs tels les parcs, les cours d'école, les terrains de jeux, les piscines et les plages devraient être pourvus de nombreux endroits ombragés. Il est également important de penser à protéger les enfants et les bébés du soleil. Cette mesure peut grandement réduire leur risque à vie d'être atteint d'un cancer de la peau.

4. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Facteurs de risque du cancer de la peau autre que le mélanome*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/risks/?region=on#ixzz3DhHCRaSK> (consulté le 15 septembre 2014).

5. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Facteurs de risque du mélanome*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/risks/?region=qc#ixzz3Dh4ZJmXS> (consulté le 15 septembre 2014).

Examinons maintenant comment les Estriens et les Estriennes se comportent en matière d'exposition aux rayons UV et de protection de leurs effets nocifs. La plupart des hommes et des femmes âgés de 12 ans ou plus s'exposent au soleil à raison de plus de 30 minutes durant une fin de semaine ou une journée de congé du travail durant les mois d'été, entre 11 h et 16 h (77 %). Parmi ceux-ci, le tiers ne s'applique pas un écran solaire sur le visage ou sur le corps, ce qui totalise environ 70 000 personnes. En Estrie, les hommes ont plus tendance que les femmes à ne pas se mettre de crème solaire (45,6 % contre 18,4 %). Toujours durant une journée typique d'été, entre 11 h et 16 h, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer des temps moyens d'exposition au soleil de trois heures ou plus (41,4 % contre 23,4 %).

Toujours en période estivale, 36,8 % de la population de l'Estrie n'utilise pas fréquemment au moins un moyen de protection contre les rayons solaires, soit : une exposition inférieure à 30 minutes, le port de vêtements longs et d'un chapeau, l'application d'un écran solaire (facteur de protection > 25) ou la recherche de zones ombragées. Cette proportion est statistiquement comparable à celle obtenue pour l'ensemble de la province (32,6 %). Dans la région, les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne pas faire usage régulièrement d'au moins un moyen de protection contre les rayons UV (44,6 % contre 29,2 %).

➤ *Des actions préventives posées en Estrie*

D'entrée de jeu, le MSSS ne peut qu'être félicité de la mise en place au Québec, en 2013, de la loi interdisant aux moins de 18 ans de fréquenter les salons de bronzage.

Il existe plusieurs actions de santé publique régionales reconnues efficaces pour lutter contre le cancer de la peau. La Direction de santé publique de l'Estrie, en collaboration étroite avec la Société canadienne du cancer, a organisé durant plusieurs années des activités visant tout particulièrement les jeunes.

Pour les enfants de 0 à 5 ans, soulignons les activités d'information en milieu clinique lors des visites postnatales et de vaccination, ainsi qu'auprès des garderies et des centres de la petite enfance afin d'informer les parents et les éducateurs sur les moyens efficaces de protéger les enfants contre les rayons UV.

Pour les enfants de 5 à 12 ans, des interventions en milieu de loisir ont été organisées, notamment auprès des œuvres de terrain de jeu (OTJ). Soulignons que les ressources humaines disponibles n'ayant pas permis la réalisation de ces activités ces dernières années, une nouvelle programmation avec les acteurs concernés est à prévoir.

Par ailleurs, s'inscrivant dans une initiative provinciale d'adaptation du programme américain *Pool Cool*, une étude a été réalisée dans les installations aquatiques extérieures de Sherbrooke et de Magog. Cette étude a mené à plusieurs recommandations visant à sensibiliser les sauveteurs aux mesures de protection solaire ainsi qu'à accroître les aires ombragées. Des représentations auprès des gestionnaires d'installations aquatiques concernés sont prévues pour transmettre les résultats et favoriser la mise en place des recommandations.

Finalement, spécifions que le dépistage effectué par les cliniciens demeure opportuniste chez les personnes à risque, un dépistage systématique de la population, même des adultes, n'étant pas recommandé.

3. FACTEURS MODIFIABLES RELIÉS AU CANCER

Le vieillissement constitue un des facteurs les plus importants dans l'apparition du cancer avec une augmentation spectaculaire de l'incidence avec l'âge. Toutefois, selon l'Organisation mondiale de la Santé, la prévention est la stratégie à long terme la plus économique pour lutter contre le cancer et les autres maladies non transmissibles (telles les maladies cardiovasculaires). En effet, il est possible de réduire le risque de cancer en modifiant ou en évitant les principaux facteurs de risque suivants⁶ :

- le tabagisme;
- l'embonpoint et l'obésité;
- la consommation insuffisante de fruits et légumes;
- le manque d'exercice physique (sédentarité);
- la consommation d'alcool;
- l'exposition prolongée au soleil ainsi que l'utilisation des lits de bronzage et des lampes solaires;
- l'exposition à des agents infectieux tels que les virus du papillome humain et des hépatites B et C; soulignons que la vaccination et le dépistage peuvent contribuer à réduire le risque de certaines infections associées au cancer tel le virus du papillome humain;
- l'exposition à des agents cancérigènes dans l'environnement (exemple : le radon) ou dans les milieux de travail (exemple : les produits chimiques industriels).

Un tiers des cancers serait lié à l'alimentation, à l'obésité et au manque d'exercice⁷. De plus, un diagnostic précoce (dépistage des personnes asymptomatiques et détection précoce des personnes présentant des signes ou symptômes) peut diminuer la mortalité des cancers du sein, du col utérin ainsi que du colon et du rectum.

3.1. CONSOMMATION DE TABAC

Le tabagisme est le facteur de risque évitable le plus important, entraînant dans le monde plus de 22 % de la mortalité par cancer et près de 71 % des décès par cancer du poumon⁸. Au Canada, on estime que le tabagisme est responsable de 30 % de tous les décès par cancer et qu'il est associé à plus de 85 % de tous les cas de cancer du poumon. Soulignons que les fumeurs sont à peu près 20 fois plus susceptibles de développer un cancer du poumon que les non-fumeurs⁹.

Selon Santé Canada, plus de 4 000 substances chimiques ont été identifiées dans la fumée du tabac. De celles-ci, plus de 70 sont reconnues pour causer, provoquer ou favoriser le cancer¹⁰.

6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Prévention du cancer*, [En ligne], <http://www.who.int/cancer/prevention/fr/> (consulté le 5 septembre 2014).

7. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Comment réduire le risque de cancer*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101> (consulté le 5 septembre 2014)

8. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Cancer*, Centre des médias, Aide-mémoire 297, mise à jour février 2014, [En ligne], <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/> (consulté le 5 septembre 2014).

9. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Tabagisme et cancer*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/?region=qc> (consulté le 5 septembre 2014).

10. SANTÉ CANADA, *Agents cancérigènes dans la fumée du tabac*, mars 2011, [En ligne], <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/carcinogens-cancerogenes/index-fra.php> (consulté le 5 septembre 2014).

Environ 37 000 personnes meurent chaque année au Canada parce qu'elles ont fumé. En plus du cancer du poumon, le tabagisme augmente le risque de développer les cancers suivants : vessie, col de l'utérus, côlon et rectum, œsophage, rein, larynx, cavité buccale/gorge, pancréas, estomac, cavité nasale, foie, leucémie myéloïde aiguë et certaines tumeurs ovariennes¹¹.

> Chez les adultes

- Près du quart (22,1 %) de la population estrienne âgée de 18 ans ou plus fume la cigarette : une donnée comparable à celle du reste du Québec (23,6 %).
- La proportion de fumeurs dans chacun des groupes d'âge se compare à la donnée provinciale. Par ailleurs, les hommes de 45 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux à fumer dans la région qu'au Québec (40 % comparativement à 25,9 %).
- En 2011, une étude de la prévalence des problèmes de santé environnementale à l'échelle des communautés en Estrie, auprès d'un échantillon d'adultes de 2 000 personnes, révèle que la proportion de fumeurs chez les gens se retrouvant dans une classe de revenus inférieurs est 4 fois supérieure à celle obtenue chez les plus fortunés (37,3 % dans les ménages disposant de moins de 20 000 \$ comparativement à 10,6 % dans les ménage gagnant 80 000 \$ ou plus annuellement).
- En Estrie, les fumeurs réguliers totalisent 19,1 % de la population, ce qui est comparable à la situation provinciale (18,4 %).
- Les fumeurs occasionnels représentent 3 % de la population estrienne. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée dans le reste de la province (5,2 %).

Tableau 2
Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012

Âge	Fumeurs
12-17 ans	7,6**
18-24 ans	21,2**
25-44 ans	24,8*
45-64 ans	27,5
65 ans ou plus	8,6**
12 ans ou plus	20,9
18 ans ou plus	22,1

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2011-2012.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

- De la fin des années 1980 au début des années 2010, le pourcentage de fumeurs a eu tendance à diminuer en Estrie et au Québec, malgré certaines périodes de stabilité (Figure 10).

11. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Tabagisme et cancer*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/?region=qc> (consulté le 5 septembre 2014).

Figure 10
Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels, 12 ans ou plus, Estrie, Québec, 2000 à 2012



Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

Note : La population de 12 ans ou plus a été retenue pour permettre les comparaisons historiques.

Note : Les comparaisons de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes entre 2000 à 2012 doivent être faites avec prudence étant donné les différences notées au plan méthodologique entre ces enquêtes, notamment en ce qui a trait au mode de collecte. Une partie des écarts observés entre les périodes chronologiques peut être attribuée à ces différences méthodologiques.

> Selon le sexe

- En 2011-2012, parmi la population âgée de 18 ans ou plus, on retrouve une plus forte proportion de fumeurs chez les hommes que chez les femmes (29,4 % comparativement à 15,0 %).
- La proportion d'hommes fumant la cigarette en Estrie est comparable à celle observée au Québec (29,4 % comparativement à 26,2 %).
- La proportion de femmes fumant la cigarette dans la région est inférieure à la moyenne provinciale (15,0 % comparativement à 20,9 %).
- La baisse importante du tabagisme parmi la population féminine de la région depuis l'enquête précédente de 2009-2010 nous questionne (29,5 % à 15 %). Cette baisse est-elle attribuable en bonne partie à une imprécision au niveau de cette mesure, en raison du faible nombre de participant de l'enquête d'où est tirée cette statistique? En 2011, une autre enquête, menée auprès d'un échantillon d'adultes de plus grande taille (2 000 personnes), révèle plutôt une proportion de fumeurs statistiquement comparable entre les sexes (23,1 % chez les hommes et 21,3 % chez les femmes). Par ailleurs, les données de l'Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) conduite à l'été 2014 auprès d'un échantillon de 8 700 répondants, âgés de 18 ans ou plus, nous fourniront une base de données permettant de préciser le taux de tabagisme en Estrie ainsi qu'à l'échelle de chacun des territoires de MRC.

> Chez les jeunes du secondaire

- Les données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), en 2010-2011, montrent que 6,9 % des élèves sont considérés comme étant des fumeurs quotidiens ou occasionnels. Si l'on ajoute les fumeurs débutants, la proportion s'élève à 10,2 %.

- Les jeunes sont moins à risque de fumer s'ils :
 - > sont au premier cycle du secondaire;
 - > vivent avec leurs deux parents;
 - > ont des parents avec un haut niveau de scolarité.
- En 2010-2011, 8,3 % des élèves du secondaire déclarent avoir fumé plus de 100 cigarettes au cours de leur vie, ce qui est comparable à la moyenne provinciale (8,1 %). Les jeunes vivant dans des milieux défavorisés matériellement et socialement sont proportionnellement plus nombreux à avoir fumé cette quantité de cigarettes que ceux demeurant dans les territoires les plus avantagés sur ces deux plans.

3.2. FUMÉE SECONDAIRE DE TABAC

La fumée secondaire est constituée de la fumée du tabac qui se consume et de celle exhalée par le fumeur. La fumée provenant d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare est beaucoup plus toxique et nocive que celle inhalée par le fumeur. Les composés chimiques qui se dégagent de cette fumée, bien qu'ils soient les mêmes que celle inhalée, sont beaucoup plus concentrés. De plus, les particules de cette fumée secondaire sont plus fines, pénétrant ainsi plus profondément¹². Cette fumée contient trois fois plus de goudron, cinq fois plus de monoxyde de carbone, six fois plus de nicotine et quarante fois plus d'ammoniac que dans la fumée respirée par les fumeurs.

Une personne exposée à la fumée secondaire est à risque de développer un cancer du poumon, mais aussi du larynx et du pharynx¹³. L'exposition à la fumée secondaire accroît également le risque de maladie pulmonaire, de maladie cardiaque, de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral.

La fumée tertiaire est également à considérer. Chaque fois qu'une personne fume, les substances chimiques toxiques dégagées par la fumée sont absorbées par ce qui l'entoure, dont la poussière, les tapis, les meubles, les rideaux, les vêtements et tout autre objet. Ces matières sont présentes dans l'environnement longtemps après la disparition de la fumée secondaire. Cette fumée présente une menace pour la santé des enfants et conjoints de fumeurs, ou encore des collègues de fumeurs dans des milieux de travail où le tabagisme est, ou a déjà été, toléré. Les substances chimiques provenant de la fumée tertiaire pourraient potentiellement causer le cancer et font actuellement l'objet de recherches.

- En 2011-2012, près d'une personne sur six âgée de 18 ans ou plus (15,3 %) rapporte être exposée à de la fumée secondaire dans son domicile en Estrie, ce qui est comparable à la donnée provinciale (14,6 %). Ce type d'exposition à la fumée de tabac atteint 6,3 % parmi les non-fumeurs de la région.
- D'autres données régionales démontrent que les personnes disposant des niveaux de revenus et d'éducation les plus faibles, en plus d'être plus nombreuses à fumer, sont davantage exposées à la fumée de tabac secondaire à domicile (quatre fois plus d'exposition à la fumée secondaire chez les gens faiblement scolarisés et trois fois plus chez les gens les plus pauvres).

3.3. ACTIVITÉ PHYSIQUE

En plus d'être principalement associé au diabète, à l'hypertension artérielle, à l'obésité et aux maladies cardiovasculaires, la sédentarité augmente le risque de développer certains cancers. Chez la grande majorité des non-fumeurs, l'alimentation et l'activité physique sont les plus importants déterminants du cancer pouvant être modifiés.

12. NÉRON, Roxanne, « Fumée de tabac et cancer... il n'y a pas de fumée sans feu ! », *Le Médecin du Québec*, volume 40, numéro 10, octobre 2005, p. 28.

13. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *La fumée secondaire est nocive*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/second-hand-smoke-is-dangerous/?region=on> (consulté le 5 septembre 2014).

Le tiers de tous les cancers peut être prévenu en mangeant sainement, en étant actif et en conservant un poids santé¹⁴. En plus de prévenir le cancer du côlon, la pratique régulière d'activité physique aide les femmes non seulement à diminuer leur risque de cancer du sein, mais également de l'utérus¹⁵.

En effet, les femmes qui mènent une vie active peuvent réduire leur risque de cancer du sein, même si elles ne commencent à faire régulièrement de l'exercice qu'après la ménopause. De plus, l'activité physique a probablement un effet protecteur contre le cancer de l'utérus. Puisque l'activité physique favorise l'atteinte et le maintien d'un poids santé, on s'attend donc à ce qu'elle protège les individus de certains cancers dont le risque d'apparition est plus élevé parce qu'ils font de l'embonpoint ou qu'ils sont obèses (voir la [section 3.5.](#)). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la pratique de 150 minutes d'exercice physique modéré par semaine permettrait de réduire le risque de cancers du sein et du colon¹⁶.

Par ailleurs, certaines recherches laissent entendre qu'il y aurait un lien entre le travail sédentaire (rester assis au travail) et le cancer, mais la preuve est limitée à ce jour. Tel que présenté par la Société canadienne du cancer, rester assis pendant de longues périodes pourrait accroître le risque des cancers du côlon (en particulier du côlon distal) et du rectum, de l'ovaire, de la prostate et de l'utérus, et ce, malgré la présence d'une activité physique d'au moins 30 minutes par jour. Il semble probable que, plus une personne est assise longtemps, plus le risque est élevé¹⁷. D'autres recherches sont nécessaires pour clarifier le rôle du comportement sédentaire pour les différents types de cancer.

Soulignons que la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) présente des recommandations spécifiques aux groupes d'âge suivants : 0-4 ans, 5-11 ans, 12-17 ans, 18-64 ans et 65 ans ou plus¹⁸. Il est globalement suggéré :

- pour les jeunes de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans : un minimum de 60 minutes d'exercice physique d'intensité modérée à élevée par jour;
- pour les adultes de 18 à 64 ans et de 65 ans ou plus : un minimum de 150 minutes par semaine d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée, par séance d'au moins 10 minutes; spécifions que les aînés à mobilité réduite devraient faire de l'activité physique afin d'améliorer leur équilibre et de prévenir les chutes.

> Chez les adultes

- En 2011-2012, près des deux tiers de la population estrienne âgée de 18 ans ou plus (64,4 %) est insuffisamment active¹⁹ durant ses loisirs, ce qui se compare à la moyenne provinciale (61,4 %).

14. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Comment réduire le risque de cancer*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/how-to-reduce-cancer-risk/?region=on> (consulté le 5 septembre 2014).

15. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Activité physique*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/nutrition-and-fitness/physical-activity/?region=qc> (consulté le 5 septembre 2014).

16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *L'exercice physique peut contribuer à réduire le risque de cancer du sein et du colon*, Centre des médias, 4 février 2011, [En ligne], http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/fr (consulté le 10 septembre 2014).

17. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Comportement sédentaire*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-a-risk-factor/sedentary-behaviour/?region=on#ixzz3E3mgnfvt> (consulté le 10 septembre 2014).

18. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE, *Directives canadiennes en matière d'activité physique et en matière de comportement sédentaire*, [En ligne], www.scpe.ca/directives (consulté le 10 septembre 2014).

19. Exemples d'activités physiques de loisirs chez les 18 ans ou plus, permettant d'atteindre le niveau recommandé (actif) :

Activité	Intensité	Durée (minutes par jour)	Fréquence (jours par semaine)
Marche	D'un pas modéré	40	7
Marche	D'un pas modéré	55	5
Marche	D'un pas rapide	30	7
Marche	D'un pas rapide	40	5
Patin sur glace	Effort léger	50	3
Ski de randonnée	Effort léger	40	3
Raquette	D'un pas normal	35	3
Natation	Effort léger	40	3
Bicyclette	Effort léger	45	3
Jogging	Vitesse modérée	30	3

Source : NOLIN, B. et D. HAMEL (2005). « Les Québécois bougent plus, mais pas encore assez », *L'annuaire du Québec 2006*, M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), Montréal, Éditions Fidès, p. 296-311, accessible en ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications>.

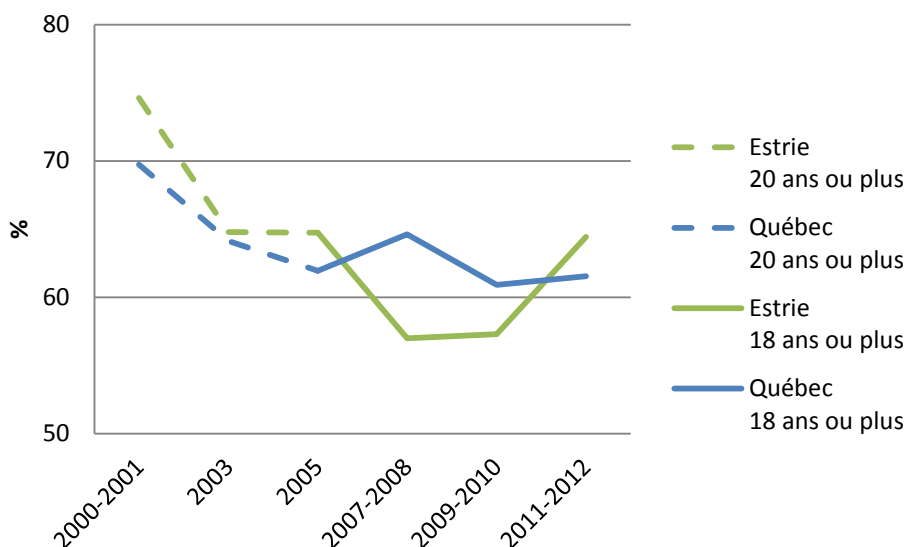
- Dans chacun des groupes d'âge, la proportion de personnes inactives est comparable à la donnée québécoise.
- En Estrie, on note une plus forte proportion de gens ayant un niveau d'activité physique de loisirs insuffisant parmi les personnes disposant des revenus les plus faibles, comparativement à celles possédant les ressources monétaires les plus élevées (69,7 % comparativement à 47,9 %).
- Depuis le début des années 2000, le pourcentage de personnes dont le niveau d'activité physique de loisirs est insuffisant a eu tendance à diminuer dans la région et au Québec (Figure 11).

Tableau 3
Pourcentage de personnes dont le niveau d'activité physique de loisirs est insuffisant selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012

Âge	Personnes inactives
18-24 ans	55,8*
25-44 ans	62,5
45-64 ans	67,9
65 ans ou plus	65,5
18 ans ou plus	64,4
20 ans ou plus	64,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2011-2012.
 (+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.
 * Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Figure 11
Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus dont le niveau d'activité physique de loisirs est insuffisant Estrie, Québec, 2000 à 2012



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.
 Note : Les personnes qui n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé par les experts sont considérées comme ayant un niveau insuffisant.
 Note : Les comparaisons de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes entre 2000 à 2012 doivent être faites avec prudence étant donné les différences notées au plan méthodologique entre ces enquêtes, notamment en ce qui a trait au mode de collecte. Une partie des écarts observés entre les périodes chronologiques peut être attribuée à ces différences méthodologiques.

> Selon le sexe

- En 2011-2012, le niveau d'activité physique de loisirs insuffisant est comparable entre les hommes et les femmes (62,9 % comparativement à 65,9 %).
- Les proportions d'hommes et de femmes présentant un niveau d'activité physique de loisirs insuffisant en Estrie ne sont pas statistiquement différentes de celles notées au Québec.

> Chez les jeunes du secondaire

- D'autre part, les données de l'EQSJS illustrent une tendance différente de celle observée chez les adultes en 2011-2012 : les filles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un niveau d'activité physique de loisirs et de transport insuffisant. En effet, 60 % des garçons ont un niveau insuffisant, contre 77 % chez les filles.
- Les jeunes ont plus de chance d'atteindre un niveau suffisant d'activité physique s'ils :
 - > se considèrent en excellente ou en très bonne santé;
 - > sont nés à l'extérieur du Canada;
 - > ont deux parents nés à l'extérieur du Canada;
 - > considèrent leur famille plus à l'aise financièrement.

3.4. CONSOMMATION DE FRUITS ET DE LÉGUMES

L'alimentation fait partie des comportements sur lesquels on peut agir pour accroître la prévention des cancers. Elle agit à la fois comme un facteur de risque (aliments qui, consommés en excès, favorisent le développement d'un cancer) et de protection (nutriments ou aliments reconnus pour leur rôle protecteur contre certains cancers).

Les facteurs qui augmentent les risques de cancers sont principalement les boissons alcoolisées (voir [section 3.6.](#)), ainsi que l'excès de viandes rouges, de charcuteries et de sel. De plus, la consommation excessive d'aliments trop gras et trop sucrés est en cause dans l'embonpoint et l'obésité, qui sont eux-mêmes associés à une augmentation du risque de cancer (voir la [section 3.5.](#)).

La consommation en fruits et légumes est associée à une diminution du risque de développer plusieurs cancers. Ces aliments participent aussi à la prévention de l'embonpoint et de l'obésité. Consommer *au moins cinq portions de fruits et légumes par jour* jouent un rôle protecteur grâce à leur richesse en fibres, en vitamines et en minéraux²⁰. De plus, les fruits et les légumes constituent des sources d'antioxydants, d'agents phytochimiques et d'autres composés qui peuvent aider à protéger contre le cancer et d'autres maladies.

Une alimentation riche en fibres alimentaires (présentes dans les céréales complètes, les fruits, les légumes, les légumineuses) diminue le risque de cancer colorectal. Une alimentation riche en légumes peut réduire le risque de certains cancers, dont les cancers de l'estomac, de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du colon et du rectum ainsi que du poumon. La Société canadienne du cancer présente sur son site des exemples de légumes à privilégier (www.cancer.ca : *Information sur le cancer / Cancer 101 / Qu'est-ce qu'un facteur de risque? / Alimentation / Fruits et légumes*). De plus, une alimentation riche en fruits peut également réduire le risque d'être atteint de certains cancers, dont les cancers de l'estomac, de la bouche (cavité buccale), du pharynx, du larynx, de l'œsophage et du poumon²¹.

20. INSTITUT NATIONAL DU CANCER, *Alimentation*, 6 juin 2014, [En ligne], <http://www.e-cancer.fr/prevention/alimentation/espace-grand-public> (consulté le 5 septembre 2014).

21. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Fruits et légumes*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-a-risk-factor/diet/vegetables-and-fruit/?region=on> (consulté le 10 septembre 2014).

Il est à souligner que la meilleure façon d'obtenir les éléments nutritifs et les bienfaits des fruits et des légumes pour la santé est de les consommer, et non de prendre des comprimés de vitamines et de minéraux.

Le Guide alimentaire canadien²² présente le nombre de portions de fruits et de légumes à consommer quotidiennement selon l'âge et le sexe, tel que présenté au tableau suivant :

Tableau 4
Nombre de portions du Guide alimentaire recommandées chaque jour

	Enfants			Adolescents		Adultes			
	2-3	4-8	9-13	14-18 ans		19-50 ans		51+ ans	
	Fille et garçon			Fille	Garçon	Femme	Homme	Femme	Homme
Légumes et fruits	4	5	6	7	8	7-8	8-10	7	7

L'objectif de consommer au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour constitue une cible minimale fixée pour des campagnes sociétales. Cette cible est d'autant plus justifiée lorsqu'on considère que plus d'un Québécois sur deux, âgé de 12 ans ou plus, ne mange pas au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour. À titre d'exemple, le *Défi Santé 5/30 Équilibre*²³ s'adresse à tous les Québécois de 4 ans ou plus, donc autant à des enfants âgés de 4 à 8 ans (recommandation de 5 portions ou plus par jour) qu'à des adultes (recommandation de 7 portions ou plus par jour).

Une portion équivaut à :

- 1 légume ou 1 fruit de format moyen (ex. : 1 carotte, 1 tomate, 1 pomme, 1 poire)
- 125 ml (½ tasse) de légumes ou de fruits frais, surgelés ou en conserve
- 250 ml (1 tasse) de légumes-feuilles ou de salade
- 125 ml (½ tasse) de jus de légumes ou de fruits (sans sucre ajouté)
- 60 ml (1/4 tasse) de fruits séchés (ex. : raisins, canneberges, abricots)

> Chez les adultes

- Un peu plus de la moitié (52,6 %) de la population estrienne de 18 ans ou plus consomme moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes et n'atteint pas le nombre minimal de portions recommandé sur une base quotidienne. Cette proportion est comparable au niveau provincial (54 %).
- Dans chacun des groupes d'âge, la proportion de personnes ayant une consommation insuffisante de fruits et de légumes se compare à la donnée québécoise.
- De 2000-2001 à 2011-2012, le pourcentage de gens consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes a eu tendance à diminuer en Estrie comme au Québec (Figure 12). Malheureusement, entre 2007-2008 et 2011-2012, on note une tendance à la hausse de la consommation insuffisante de fruits et de légumes. Le travail de sensibilisation à une bonne alimentation doit donc se poursuivre.

22. SANTÉ CANADA, *Combien de portions du Guide alimentaire de Légumes et fruits dois-je consommer ?*, [En ligne], <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/choose-choix/fruit/need-besoin-fra.php> (consulté le 5 septembre 2014).

23. DÉFI SANTÉ, *Pourquoi 5?* [En ligne], <http://www.defisante.ca/fr/par-ou-commencer/pourquoi-5> (consulté le 3 octobre 2014).

Tableau 5
Pourcentage de personnes consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012

Âge	Faible consommation de fruits et de légumes
12-19 ans	44,1*
20-24 ans	43,9*
25-44 ans	53,7
45-64 ans	51,5
65 ans ou plus	57,7
12 ans ou plus	51,9
18 ans ou plus	52,6

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2011-2012.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

Figure 12
Pourcentage de personnes âgées de 12 ans ou plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes, Estrie, Québec, 2000 à 2012



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001, 2003, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

Note : La population de 12 ans ou plus a été retenue pour permettre les comparaisons historiques.

Note : Les comparaisons de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes entre 2000 et 2012 doivent être faites avec prudence étant donné les différences notées au plan méthodologique entre ces enquêtes, notamment en ce qui a trait au mode de collecte. Une partie des écarts observés entre les périodes chronologiques peut être attribuée à ces différences méthodologiques.

> Selon le sexe

- Les hommes sont plus nombreux à déclarer une faible consommation de fruits et de légumes que les femmes (59,2 % comparativement à 46,2 %).
- Les proportions d'hommes et de femmes déclarant une faible consommation de fruits et de légumes en Estrie ne sont pas statistiquement différentes de celles observées à l'échelle provinciale.

> Chez les jeunes du secondaire

- D'après les données de l'EQSJS, un peu plus des deux tiers des jeunes estriens (66,3 %) ne consomment pas le nombre minimal de portions de fruits et de légumes sur une base quotidienne, ce qui se compare à la moyenne du Québec. Les élèves du deuxième cycle du secondaire sont significativement moins nombreux à atteindre la recommandation.

3.5. POIDS CORPOREL

L'indice de masse corporelle (IMC), mesuré par le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres (kg/m²), sert à déterminer si un adulte est en situation d'insuffisance pondérale (IMC de moins de 18,5), de poids-santé (IMC entre 18,5 et 24,9) ou de surplus de poids comprenant l'embonpoint (IMC de 25 à 29,9) et l'obésité (IMC de 30 et plus).

Selon l'Institut National du Cancer²⁴, l'obésité est associée aux cancers de l'œsophage, du pancréas, du colon et du rectum, du sein (chez les femmes ménopausées), de l'endomètre, du rein, de la thyroïde ainsi que de la vésicule biliaire. Jusqu'à 40 % de certains cancers seraient attribuables à l'obésité. C'est le cas notamment des cancers de l'endomètre et de l'œsophage (adénocarcinome).

La relation entre le surplus de poids et le cancer du sein est complexe. En général, l'embonpoint et l'obésité augmentent le risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées, notamment lorsque la prise de poids survient à l'âge adulte. Par ailleurs, certaines études semblent démontrer que le surplus de poids est associé à une diminution du risque de développer un cancer du sein chez les femmes préménopausées.

L'embonpoint et l'obésité augmenteraient de 2 à 4 fois le risque de développer un cancer de l'endomètre et doubleraient le risque de développer un cancer du rein²⁵.

> Chez les adultes

- Environ la moitié (51,5 %) des hommes et des femmes de 18 ans ou plus présente un surplus de poids. Cette donnée est comparable à celle observée dans le reste de la province (50,4 %).
- La population estrienne âgée de 25 à 44 ans est proportionnellement plus nombreuse à être en surplus de poids que celle du même groupe d'âge à l'échelle québécoise (56,1 % comparativement à 45,8 %).
- Depuis la fin des années 1980, la proportion de gens avec un surplus de poids est généralement en augmentation en Estrie et au Québec (Figure 13).

24. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Obesity and Cancer Risk*, FactSheet, 3 janvier 2012, [En ligne], <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity> (consulté le 5 septembre 2014).

25. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Obesity and Cancer Risk*, FactSheet, 3 janvier 2012, [En ligne], <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity> (consulté le 5 septembre 2014).

Tableau 6
Pourcentage de personnes âgées de 18 ans ou plus présentant un surplus de poids¹ selon le groupe d'âge, Estrie, 2011-2012

Âge	Surplus de poids
18-24 ans	34,7*
25-44 ans	(+) 56,1
45-64 ans	53,6
65 ans ou plus	49,5
18 ans ou plus	51,5

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2011-2012.

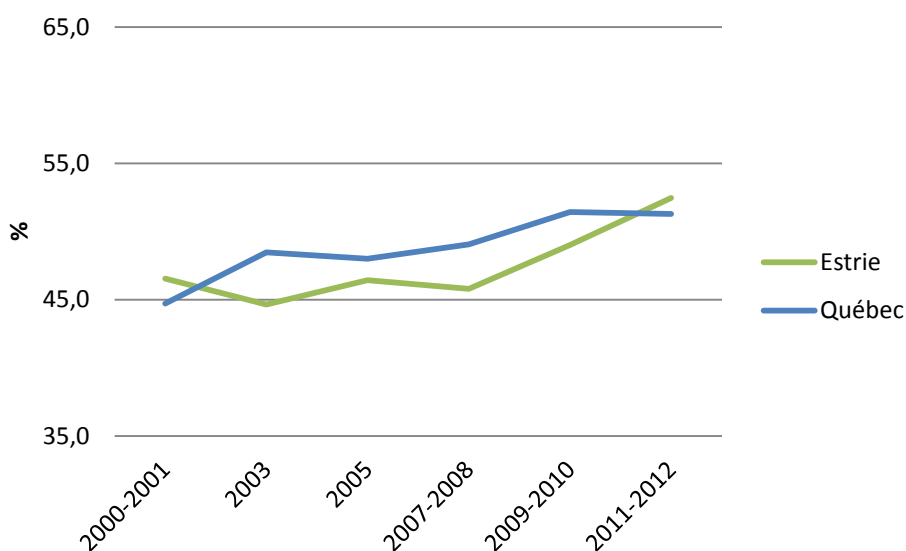
(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

1. À l'exclusion des femmes enceintes. Indice de masse corporelle (IMC) étant égal ou supérieur à 25. Cet indice est calculé en faisant le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres).

Figure 13
Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus présentant un surplus de poids, Estrie, Québec, 2000 à 2012



Sources : Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

Note : Le surplus de poids correspond ici à un indice de masse corporelle de 25 ou plus (norme internationale).

Note : La population de 20 ans ou plus a été retenue pour permettre les comparaisons historiques.

Note : Les données se rapportant à la période 2000-2001 concernent les personnes âgées de 20 à 64 ans uniquement.

Note : Les comparaisons de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes entre 2000 à 2012 doivent être faites avec prudence étant donné les différences notées au plan méthodologique entre ces enquêtes, notamment en ce qui a trait au mode de collecte. Une partie des écarts observés entre les périodes chronologiques peut être attribuée à ces différences méthodologiques.

> Selon le sexe

- Le pourcentage de personnes présentant un surplus de poids est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (61,9 % comparativement à 41,1 %).

- Les proportions d'hommes et de femmes déclarant un surplus de poids en Estrie ne sont pas statistiquement différentes de celles observées à l'échelle provinciale.

> *Chez les jeunes du secondaire*

- Pour leur part, les élèves du secondaire sont moins nombreux que les adultes à présenter un surplus de poids. En ce sens, d'après les données de l'EQSJS, 20,2 % d'entre eux présentent un surplus de poids. Parmi ceux-ci, les deux tiers sont en situation d'embonpoint et l'autre tiers souffre d'obésité. Tout comme chez les adultes, le surplus de poids est plus répandu chez les garçons que chez les filles (24,3 % comparativement à 16 %). Ces données estriennes sont toutes comparables aux données provinciales.

3.6. CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool augmente le risque des cancers de la tête et du cou (de la cavité buccale, du pharynx et du larynx), de l'œsophage, du foie, du sein ainsi que du colon et du rectum. Tout en considérant l'augmentation du risque en fonction des quantités d'alcool consommées (plus on boit, plus le risque est élevé), la prise, à titre d'exemple, de 3 à 3,5 consommations par jour augmenterait²⁶ :

- de 2 à 3 fois le risque des cancers de la tête et du cou;
- de 1,5 fois le risque de cancer du sein;
- de 1,5 fois le risque de cancer colorectal.

Le risque que présente une forte consommation d'alcool pour plusieurs types de cancer (cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage) augmente nettement si la personne consomme aussi une grande quantité de tabac.

Les risques attribuables ne sont pas les mêmes chez l'homme et chez la femme pour certains types de cancer liés à l'alcool, principalement en raison de différences dans les niveaux moyens de consommation. Par exemple, 22 % des cancers de la bouche et de l'oropharynx sont attribuables à l'alcool chez l'homme tandis que, chez la femme, ce poids attribuable est de 9 %²⁷. Soulignons qu'une augmentation de 7 % du risque relatif de développer un cancer du sein serait observée à chaque consommation prise dans une journée²⁸.

Plusieurs études ont analysé l'association entre la consommation d'alcool et le risque de développer d'autres cancers tels que ceux du pancréas, des ovaires, de la prostate, de l'estomac, de l'utérus et de la vessie. Selon l'Institut National du Cancer, aucune association ne peut être confirmée à cause de l'absence ou le manque de données probantes²⁹. Toutefois, certaines observations semblent démontrer qu'une grande consommation d'alcool pourrait être liée à une hausse du risque de cancer du pancréas.

Les niveaux de consommation recommandés varient principalement en fonction du sexe. Au Québec, Éduc'alcool³⁰ propose, pour une consommation modérée d'alcool :

- pour les femmes : un maximum de 2 verres par jour et de 10 verres par semaine;
- pour les hommes : un maximum de 3 verres par jour et de 15 verres par semaine.

26. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Alcohol and Cancer Risk*. FactSheet, 24 juin 2013, [En ligne], <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/alcohol> (consulté le 10 septembre 2014).

27. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Prévention du cancer*, [En ligne], <http://www.who.int/cancer/prevention/fr/> (consulté le 5 septembre 2014).

28. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Breast Cancer Prevention (PDQ®)*, Health Professional Version, 2 juin 2014, [En ligne], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032634> (consulté le 5 septembre 2014).

29. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Alcohol and Cancer Risk*, 24 juin 2013, [En ligne], <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/alcohol> (consulté le 10 septembre 2014).

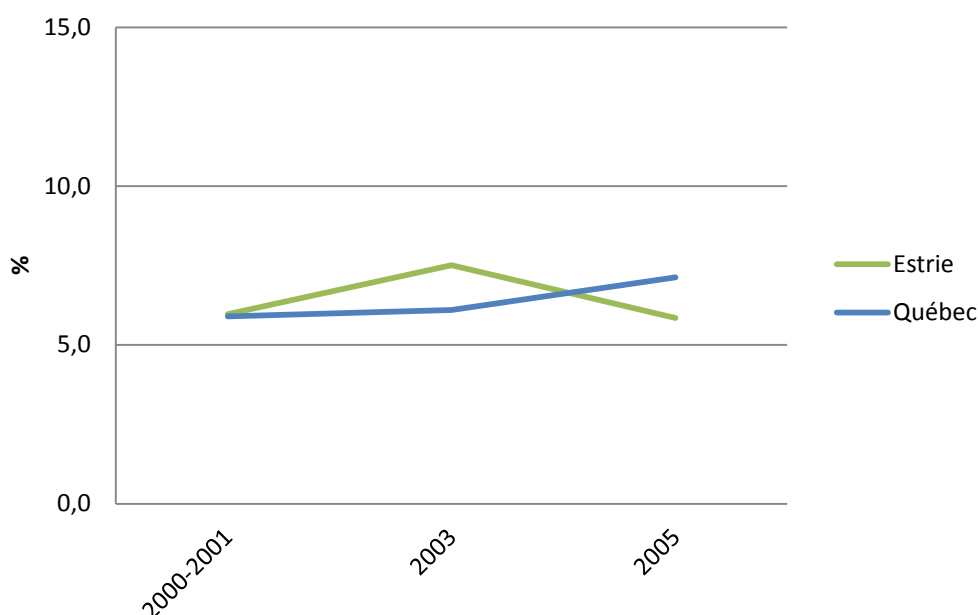
30. ÉDUC'ALCOOL, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux*, 2013, [En ligne], <http://educalcoool.qc.ca/alcool-et-vous/sante/les-niveaux-de-consommation-dalcool-a-faible-risque/> (consulté le 5 septembre 2014).

Soulignons qu'en novembre 2011, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé au Canada ont reçu des recommandations similaires dans les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*³¹. Il y est également suggéré de prévoir des jours sans alcool chaque semaine afin d'éviter de développer une habitude.

Les données disponibles sur la consommation d'alcool proviennent de l'Infocentre de santé publique et font référence aux niveaux de consommation fixés par Statistique Canada en 2003. À ce moment, on considérait que prendre quatorze verres d'alcool sur une période de sept jours constituait une consommation élevée d'alcool, et ceci indifféremment pour les deux sexes.

- La proportion de la population estrienne de 18 ans ou plus ayant déclaré quatorze consommations d'alcool ou plus au cours de la semaine ayant précédé l'enquête atteint 6,3 %, ce qui se compare à la donnée provinciale (7,7 %).
- En Estrie, il existe une plus forte proportion de grands consommateurs d'alcool (14 verres et plus par semaine) parmi les gens les plus riches comparativement à ceux possédant les plus bas revenus (9,7 % comparativement à 3 %).
- De 2000 à 2005, le pourcentage de la population ayant pris quatorze consommations ou plus au cours de la semaine ayant précédé l'enquête est demeuré relativement stable, en Estrie et au Québec (Figure 14).

Figure 14
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus ayant pris 14 consommations ou plus d'alcool au cours d'une période de 7 jours, selon le sexe, Estrie et Québec, 2000 à 2005



Sources : Institut de la statistique du Québec. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2000-2001, 2003 et 2005.

Note : La population de 15 ans ou plus a été retenue pour permettre les comparaisons historiques.

Note : Les comparaisons de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes entre 2000 à 2012 doivent être faites avec prudence étant donné les différences notées au plan méthodologique entre ces enquêtes, notamment en ce qui a trait au mode de collecte. Une partie des écarts observés entre les périodes chronologiques peut être attribuée à ces différences méthodologiques.

31. SANTÉ CANADA, *Préoccupations liées à la santé, Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, 2011, [En ligne], http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-fra.php#a8 (consulté le 5 septembre 2014).

> Selon le sexe

- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir bu quatorze consommations d'alcool ou plus au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (10,4 % comparativement à 2,6 %).
- Sur le territoire estrien, les proportions d'hommes et de femmes déclarant avoir pris quatorze consommations d'alcool ou plus au cours de la semaine ayant précédé l'enquête ne sont pas statistiquement différentes de celles observées à l'échelle provinciale.

3.7. ALLAITEMENT

Plusieurs études semblent démontrer la réduction du risque de cancer du sein et de diabète de type 2 chez la femme qui allaite son enfant pendant une longue période. Une diminution de 4,3 % du risque relatif de cancer du sein est observée par période de douze mois d'allaitement. Cette diminution s'ajoute à celle de 7 % obtenue pour chaque naissance³².

Par ailleurs, le non-allaitement et la courte durée d'allaitement privent l'enfant de nombreux effets immunologiques favorables. Le lait maternel procure au nourrisson une certaine protection contre les matières allergènes étrangères et il renferme des anticorps et d'autres éléments immunitaires qui préviennent les maladies infantiles. Par exemple, l'allaitement maternel protège contre les otites et les infections gastro-intestinales et respiratoires.

- Un peu plus de quatre Estriennes sur dix (44 %) ne nourrissent pas exclusivement leur nouveau-né par l'allaitement au centre hospitalier ou à la maison de naissances.
- Cette proportion augmente à 72 % lorsque le bébé a 3 mois.
- Ces données sont similaires à celles de la province.

Tableau 7
Taux d'allaitement total¹ et exclusif² pour différentes durées, Estrie et ensemble du Québec, 2005-2006

Durée	Allaitement total (mixte) Estrie (%)	Allaitement total (mixte) Québec (%)	Allaitement exclusif Estrie (%)	Allaitement exclusif Québec (%)
Au CH/maison de naissances	87,1	85,1	56,1	52,1
1 semaine	79,3	79,9	53,3	50,7
1 mois	73,1	73,1	47,1	43,5
3 mois	59,0	61,6	28,0	28,3
6 mois	45,7	46,7	2,2	3,0

Source : Institut de la statistique du Québec, Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006, p.42.

Note : Dans le tableau ci-dessus, il n'y a aucune différence significative entre les proportions de l'Estrie et celles de l'ensemble du Québec (seuil de 5 %).

1. Allaitement total : Allaitement mixte composé de lait maternel et d'autres types de liquides, tels que les préparations commerciales pour nourrissons et autres suppléments.
2. Allaitement exclusif : L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel uniquement (incluant le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait). Il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments. Ainsi, le taux d'allaitement exclusif pour les deux premiers mois de vie de l'enfant signifie que celui-ci n'a reçu que du lait maternel entre la naissance et l'âge de 2 mois.

32. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Breast Cancer Prevention*, Health Professional Version, 2 juin 2014, [En ligne], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032634> (consulté le 5 septembre 2014).

3.8. RAYONS SOLAIRES

Les cancers de la peau (mélanome, carcinome basocellulaire et carcinome spinocellulaire) sont attribuables à de nombreux facteurs de risque. Le plus important, quel que soit le type de cancer de la peau, demeure l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) que ceux-ci proviennent du soleil ou d'appareils de bronzage artificiel, comme les lits de bronzage et les lampes solaires. En plus des cancers, les rayons UV peuvent causer un vieillissement prématuré de la peau et des cataractes.

La probabilité de développer un cancer de la peau est beaucoup plus élevée aujourd'hui qu'il y a 20 ans et ne cesse de s'accroître. Nous sommes maintenant exposés à une plus grande quantité de rayons ultraviolets, puisque la couche protectrice d'ozone qui entoure notre atmosphère s'amincit en raison de la pollution et des substances chimiques.

Globalement, deux types d'exposition aux rayons UV sont à surveiller : l'exposition chronique, plusieurs heures par jour, la plupart des jours, même sans coup de soleil, et les expositions intermittentes mais intenses. Tel que spécifié par la Société canadienne du cancer, le développement du carcinome spinocellulaire est surtout lié à l'exposition totale à vie au soleil et la surexposition aux rayons UV dans l'enfance. Le carcinome basocellulaire affecte le plus souvent les personnes au teint clair et son développement est surtout lié à une exposition intermittente aux rayons UV, aux coups de soleil et à une surexposition dans l'enfance et à l'adolescence³³. La plupart des mélanomes sont causés par l'exposition aux rayons solaires qu'elle soit des expositions intermittentes au soleil tout au cours de la vie ou d'une exposition en bas âge au soleil. Les personnes au teint clair qui ont eu d'importants coups de soleil à un jeune âge risquent le plus d'être atteintes d'un mélanome³⁴.

Afin de se protéger des effets nocifs des rayons UV, il est important d'éviter le bronzage artificiel (lit de bronzage et lampes solaires). Les appareils de bronzage ne représentent pas une solution de rechange sécuritaire à l'exposition au soleil et doivent donc être évités. Par ailleurs, il est recommandé lors d'une exposition au soleil :

- de se couvrir de vêtements longs;
- de mettre un chapeau à large bord;
- de porter des lunettes de soleil qui offrent une protection complète (100 %) contre les rayons UV;
- d'éviter de s'exposer entre 11 h et 16 h (surtout si l'indice UV est de 3 ou plus);
- d'appliquer un écran solaire dont le facteur de protection solaire (FPS) est d'au moins 15 et d'opter pour un FPS d'au moins 30 pour les personnes travaillant en plein air ou passant la plus grande partie de la journée à l'extérieur.

En plus des recommandations de protection individuelle, soulignons que les espaces récréatifs tels les parcs, les cours d'école, les terrains de jeux, les piscines et les plages devraient être pourvus de nombreux endroits ombragés. Il est également important de penser à protéger les enfants et les bébés du soleil. Cette mesure peut grandement réduire leur risque à vie d'être atteint d'un cancer de la peau.

33. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Facteurs de risque du cancer de la peau autre que le mélanome*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/risks/?region=on#ixzz3DhHCRaSK> (consulté le 15 septembre 2014).

34. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Facteurs de risque du mélanome*, [En ligne], <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/risks/?region=qc#ixzz3Dh4ZJmXS> (consulté le 15 septembre 2014).

Tableau 8

Population de 12 ans ou plus utilisant « toujours » ou « souvent » un moyen de protection contre les effets du soleil pendant une journée typique d'été, Estrie et Québec, 2009-2010

Moyens de protection contre le soleil	Estrie Masculin	Estrie Féminin	Estrie Total	Québec Masculin	Québec Féminin	Québec Total
1) S'exposer moins de 30 minutes au soleil	(-) 15,4	(-) 30,3	(-) 22,9	22,0	34,1	28,2
2) Porter des vêtements longs et un chapeau ¹	15,6	3,3	10,0	15,3	6,0	11,0
3) Se mettre à l'ombre ¹	32,8	43,0	37,5	34,4	44,5	39,1
4) Appliquer un écran solaire sur le visage et le corps (>25 FPS) ¹	13,8	29,3	20,8	14,6	32,3	22,8
Utilisation d'au moins un de ces quatre moyens de protection	55,4	70,8	63,2	60,8	73,8	67,4

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010.

Production : Brigitte Martin, technicienne de recherche, 3 septembre 2013. Michel Des Roches, agent de planification, de programmation et de recherche.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.

1. Parmi ceux qui passent 30 minutes ou plus au soleil.

Note : Voici les questions utilisées pour bâtir les énoncés :

Question SSB_06 : À peu près combien de temps passez-vous chaque jour au soleil entre 11 h et 16 h?

Question SSB_08 : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence portez-vous un chapeau pour ombrer votre visage, vos oreilles et votre cou?

Question SSB_09A : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence portez-vous un pantalon long ou une jupe longue pour vous protéger la peau du soleil?

Question SSB_07 : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence tentez-vous de vous mettre à l'ombre : toujours, souvent ou jamais?

Question SSB_9B : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence tentez-vous de vous appliquer un écran solaire sur le visage?

Question SSB_10 : Quel facteur de protection solaire (FPS) prenez-vous habituellement (visage)?

Question SSB_11 : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence tentez-vous de vous appliquer un écran solaire sur le corps?

Question SSB_12 : Quel facteur de protection solaire (FPS) prenez-vous habituellement (corps)?

- Durant une fin de semaine ou une journée de congé du travail pendant les mois d'été entre 11 h et 16 h, près de quatre personnes sur dix (36,8 %) n'utilisent pas fréquemment au moins un moyen de protection contre les rayons solaires selon les recommandations. Cette donnée est statistiquement comparable à celle obtenue pour l'ensemble de la province (32,6 %). Ces moyens de protection sont :
 - > s'exposer moins de 30 minutes au soleil;
 - > porter des vêtements longs et un chapeau;
 - > se mettre à l'ombre;
 - > appliquer un écran solaire sur le visage et le corps (facteur de protection > 25).

Tableau 9

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui s'applique un écran solaire sur le visage ou sur le corps pendant une journée typique d'été, selon le sexe, Estrie et Québec, 2009-2010¹

Applique un écran solaire	Estrie Masculin	Estrie Féminin	Estrie Total	Québec Masculin	Québec Féminin	Québec Total
Oui (toujours, souvent ou parfois pour au moins un des deux)	54,4	81,6	66,8	50,4	79,3	63,9
Non (rarement ou jamais pour le visage et le corps)	45,6	18,4*	33,2	49,6	20,7	36,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010.

Production : Brigitte Martin, technicienne de recherche, 9 septembre 2013. Michel Des Roches et Gino Perreault, agents de planification, de programmation et de recherche.

(+) (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du Québec à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

1. Parmi ceux qui passent 30 minutes ou plus au soleil.

Note : Voici les questions utilisées pour bâtir les énoncés :

Question SSB_9B : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence tentez-vous de vous appliquer un écran solaire sur le visage?

Question SSB_11 : Au cours des mois d'été, pendant une fin de semaine ou une journée de congé typique, lorsque vous vous exposez au soleil pendant des périodes de 30 minutes ou plus, à quelle fréquence tentez-vous de vous appliquer un écran solaire sur le corps?

- Une bonne part de la population estrienne âgée de 12 ans ou plus s'expose au soleil à raison de plus de 30 minutes durant une fin de semaine ou une journée de congé du travail pendant les mois d'été entre 11 h et 16 h (77 %). Parmi celle-ci, le tiers (33,2 %) ne s'applique pas un écran solaire sur le visage ou sur le corps, ce qui totalise environ 70 000 personnes. Cette proportion est statistiquement comparable à la donnée québécoise (36,1 %).
- En Estrie, les hommes ont plus tendance que les femmes à ne pas se mettre de crème solaire (45,6 % contre 18,4 %).
- Toujours durant une journée typique d'été, entre 11 h et 16 h, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer des temps moyens d'exposition au soleil de 3 heures ou plus (41,4 % contre 23,4 %) (donnée non présentée).

3.9. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Malgré la baisse de la mortalité par cancer du sein au cours des dix dernières années, ce dernier demeure la deuxième cause de mortalité par cancer et est celui le plus diagnostiqué chez les femmes. Près de 80 % des cancers du sein touchent des femmes âgées de 50 ans ou plus.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande³⁵ :

- Pour les femmes de 50 à 69 ans, le dépistage systématique par mammographie tous les 2 à 3 ans.
- Pour les femmes de 70 à 74 ans, le dépistage systématique par mammographie tous les 2 à 3 ans.

Le dépistage systématique par mammographie n'est pas recommandé pour les femmes de 40 à 49 ans.

Actuellement, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) offre une mammographie tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans. L'inclusion du groupe de femmes âgées de 70 à 74 ans fait l'objet de travaux. Pour les femmes de 35 à 49 ans ou de 70 ans ou plus, la mammographie de dépistage est tout de même accessible, mais elle nécessite une ordonnance médicale.

35. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS, *Dépistage du cancer du sein (2011)*, [En ligne], <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer> (consulté le 15 septembre 2014).

Le PQDCS vise une diminution de 25 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, en 10 ans. Pour ce faire, il est ciblé d'atteindre et de maintenir une participation d'au moins 70 % des femmes au PQDCS. À ce jour, la mammographie de dépistage demeure le seul examen de dépistage dont la capacité à réduire la mortalité par cancer du sein est démontrée³⁶.

La capacité du programme québécois à déceler précocement les cancers se compare à celle des grands programmes de dépistage européens. Selon une étude réalisée en 2009 par l'Institut national de santé publique, cinq ans après sa mise en place, le PQDCS semblerait être associé, parmi les participantes au dépistage, à une réduction de la mortalité par cancer du sein pouvant 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 la même période³⁷.

En Estrie, pour la période allant de 1996-1998 à 2009-2010, une diminution du taux de mortalité de 29 % est constatée pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. Cette diminution ne peut être attribuable uniquement au dépistage, toutefois les résultats sont encourageants et vont dans la direction attendue.

Depuis son implantation en 1998, il est noté une hausse de près de 60 % de la population admissible atteignant 45 763 femmes de 50 à 69 ans en 2013. Le nombre de mammographies de dépistage est passé de 12 599 en 1998 à 28 852 en 2013.

Le taux de participation a atteint un sommet de 66,7 % en 2010-2011 pour baisser par la suite à 64 % en 2011-2012. Ainsi, plus du tiers des Estriennes âgées entre 50 et 69 ans (36 %) n'ont pas passé une mammographie durant cette période. L'objectif du PQDCS de rejoindre 70 % de cette population n'est donc pas atteint. Toutefois, cette proportion de femmes non dépistées est moins importante que celle enregistrée dans le reste de la province (42 %). Quant au taux de couverture (mammographies de dépistage et diagnostiques combinés), il est de 71,7 % en 2012 (Québec, 68,4 %).

Quoique satisfaisante, la proportion de femmes revenant au programme à la suite d'une mammographie mérite une attention supplémentaire : le taux de fidélisation à 30 mois (pour les mammographies initiales et subséquentes combinées) atteignant 84,0 % en 2010 (Québec, 78,9 %).

Soulignons que :

- Les femmes vivant dans des milieux défavorisés sur le plan matériel sont moins nombreuses à avoir passé une mammographie que celles étant les plus avantagées sur ce plan (60,4 % comparativement à 67,9 %).
- Les femmes demeurant dans des zones désavantagées sur le plan social passent une mammographie en moins grand nombre que celles étant les plus favorisées dans ce domaine (62,2 % comparativement à 65,4 %).

3.10. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN (TEST PAP)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'un dépistage par frottis de Papanicolaou (test Pap) a permis de réduire avec succès le nombre de femmes qui meurent de ce cancer³⁸.

À la demande du Collège des médecins du Québec (CMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des lignes directrices québécoises ont été rédigées sous l'égide de l'Institut national de santé

36. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MSSS EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le Bilan 2009-2012 du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, La Direction des communications du MSSS, 2014, [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-243-02W.pdf> (consulté le 15 septembre 2014).

37. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Direction des systèmes de soins et politiques publiques Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, décembre 2008, p. 1, [En ligne], http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/885_EvalMortalCancerSein.pdf (consulté le 15 septembre 2014).

38. NATIONAL CANCER INSTITUT, *Cervical cancer screening*, 22 mai 2014, [En ligne], http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/cervical/HealthProfessional#Section_280. (consulté le 15 septembre 2014).

publique du Québec par le *Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Elles ont été entérinées par le MSSS en novembre 2011. Il est globalement recommandé d'effectuer le test PAP tous les deux à trois ans entre 21 et 65 ans, chez les femmes non hystérectomisées. Chez les femmes qui ont eu des tests de dépistage régulièrement, le dépistage peut cesser à 65 ans si les résultats des deux derniers tests effectués au cours des 10 années précédentes sont négatifs³⁹.

En janvier 2013, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) publiait de nouvelles recommandations en lien avec le dépistage du cancer du col utérin. Celles-ci diffèrent des lignes directrices québécoises puisqu'elles suggèrent de retarder le début du dépistage à 25 ans et de cesser celui-ci à 69 ans⁴⁰.

Le 15 juillet 2013, dans une lettre adressée aux médecins⁴¹, le MSSS prenait la décision de conserver les lignes directrices québécoises et ce, sur la recommandation d'un groupe d'experts et en étroite concertation avec l'INSPQ, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et le CMQ. Il y est également précisé que des travaux sont en cours au MSSS afin de rendre disponible le test permettant la recherche de VPH oncogènes pour les femmes de 30 ans ou plus ayant un résultat ASC-US au test de dépistage.

Les lignes directrices sont disponibles sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf.

Il est à signaler que les données d'enquêtes actuellement disponibles en ce qui a trait au dépistage du cancer du col utérin ne peuvent être fournies selon ces lignes directrices. Ces données documentent plutôt les recommandations retenues en 1997 dans le plan du *Programme québécois de lutte contre le cancer*, recommandant un programme systématique de dépistage du cancer du col utérin basé sur un examen cytologique aux trois ans pour les femmes de 18 à 69 ans (Comité consultatif sur le cancer, 1998).

- En 2008, un peu plus du quart des femmes âgées entre 18 et 69 ans ont déclaré ne pas avoir passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test Pap) au cours des trois dernières années (27,7 %). Cette donnée est comparable à la moyenne québécoise (26,7 %).
- Les Estriennes vivant dans des territoires défavorisés sur le plan social sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir passé ce test que celles demeurant dans les milieux les plus privilégiés sur ce plan (32,2 % comparativement à 21,2 %).

3.11. VACCINATION CONTRE LES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

Entre 70 % et 80 % des hommes et des femmes seront infectés par un virus du papillome humain (VPH) au moins une fois au cours de leur vie. Il est possible d'être infecté par plus d'un VPH à la fois, et ce, plus d'une fois. Parmi les complications possibles, soulignons⁴² :

- le cancer du col de l'utérus (près de 100 % des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par les VPH);
- les cancers du vagin, de la vulve, du pénis et de l'anus (ces cancers sont plus rares);
- certains cancers de la bouche et de la gorge.

La vaccination est un moyen de protection efficace et sécuritaire contre les infections par les VPH. Les vaccins sont efficaces pour prévenir, chez les femmes, les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus, de la vulve et du vagin. Chez les hommes, cette vaccination peut aussi prévenir les lésions précancéreuses et les cancers de l'anus.

39. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, juin 2011, p. III.

40. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS, *Dépistage du cancer du col de l'utérus (2013)*. [En ligne], <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2013-cervical-cancer/> (consulté le 15 septembre 2014).

41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Lettre à propos des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec, 15 juillet 2013, [En ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/lettre_aux_medecins_msss.pdf (consulté le 15 septembre 2014).

42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Les virus du papillome humain*, [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?aid=291> (consulté le 15 septembre 2014).

Au Québec, le programme de vaccination gratuite contre les VPH s'adresse aux filles âgées de 9 à 17 ans ainsi qu'aux femmes âgées de 18 à 26 ans qui ont un système immunitaire affaibli ou qui sont infectées par le VIH. La vaccination se fait principalement à l'école, soit en quatrième année du primaire. L'école permet de vacciner plus facilement un grand nombre de filles. Le programme de vaccination contre les VPH au Québec est offert à ce groupe d'élèves au primaire pour les raisons suivantes⁴³ :

- C'est à l'âge de la quatrième année (entre 9 et 11 ans) que le système immunitaire répond le mieux au vaccin.
- Le vaccin est plus efficace lorsque la personne n'est pas déjà infectée par un VPH. Comme l'infection se produit habituellement dans les premières années d'activité sexuelle, il est préférable que les filles soient vaccinées avant leurs premières relations sexuelles.
- Il existe déjà en quatrième année un programme de vaccination qui protège contre une autre infection, soit l'hépatite B. Cela permet d'éviter des déplacements aux parents.
- En quatrième année du primaire, deux doses suffisent. Une adolescente ou une jeune femme doit, quant à elle, recevoir trois doses.

Les données nous révèlent qu'en 2012-2013, le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime que 20 % des filles de la quatrième année du primaire n'ont pas reçu deux doses de vaccin contre les VPH. Au Québec, cette proportion est comparable (22 %).

3.12. FACTEURS DE RISQUE ET INÉGALITÉS SOCIALES

Parmi l'ensemble des facteurs de risque du cancer abordés dans ce document, voici ceux pour lesquels des inégalités sociales de santé ont été notés (Tableau 10) :

- Consommation de tabac chez les jeunes du secondaire
- Activité physique insuffisante durant les loisirs
- Exposition à la fumée secondaire à domicile
- Consommation quotidienne insuffisante de fruits et de légumes
- Grands consommateurs d'alcool (quatorze consommations ou plus par semaine)
- Non-participation des femmes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein
- Non-participation des femmes de 18 à 69 ans au dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans la plupart des cas, lorsqu'il est question d'inégalités sociales de santé, les gens plus défavorisés sont davantage touchés par les facteurs de risque que les personnes favorisées. Cette relation est toutefois inversée en ce qui a trait à la consommation élevée d'alcool.

43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Virus du papillome humain (VPH)/Programme de vaccination*, [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?id=155,293,0,0,1,0> (consulté le 15 septembre 2014).

Tableau 10
Certains facteurs de risque du cancer sous l'angle des inégalités sociales de santé¹, Estrie

Facteurs de risque	Indice de défavorisation matérielle ²		Indice de défavorisation sociale ³		Revenu	
	Population défavorisée ⁴	Population favorisée ⁴	Population défavorisée ⁴	Population favorisée ⁴	Population défavorisée ⁵	Population favorisée ⁵
Élèves du secondaire ayant fumé plus de 100 cigarettes au cours de leur vie (2010-2011)	9,6 %	5,5 %	10,2 %	7,7 %	-	-
Élèves du secondaire fumant actuellement des cigarettes (2010-2011)	8 %	4,1 %	NS	NS	-	-
Élèves du secondaire ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes (2010-2011)	NS	NS	NS	NS	-	-
Élèves du secondaire ayant un niveau insuffisant d'activité physique (2010-2011)	NS	NS	NS	NS	-	-
Élèves du secondaire en surplus de poids (2010-2011)	NS	NS	NS	NS	-	-
Fumeurs, 18 ans et + (2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Fumeurs réguliers de cigarettes, 18 ans et + (2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Fumeurs occasionnels de cigarettes, 18 ans et + (2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Exposition à la fumée secondaire à domicile, 18 ans et + (2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Exposition à la fumée secondaire à domicile (2011)	-	-	-	-	30,8 %	10,7 %
Exposition à la fumée secondaire à domicile avec de jeunes enfants (2011)	-	-	-	-	48,2 %	10,8 %
Exposition à la fumée secondaire à domicile parmi les non-fumeurs (2011)	-	-	-	-	NS	NS
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes (18 ans et +, 2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Population insuffisamment active pendant les loisirs (18 ans et +, 2011-2012)	-	-	-	-	69,7 %	47,9 %
Population présentant un surplus de poids (18 ans et +, 2011-2012)	-	-	-	-	NS	NS
Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool ou plus par semaine (18 ans et +, 2005)	-	-	-	-	3 %	9,7 %
Femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas passé une mammographie (2011-2012)	39,6 %	32,1 %	37,8 %	34,6 %	-	-
Femmes de 18 à 69 ans n'ayant pas passé un test PAP (2008)	NS	NS	32,2 %	21,2 %	-	-

NS : Écart non statistiquement significatif entre les groupes les plus défavorisés et les plus favorisés (au seuil de 0,05 %).

1. Pour l'analyse des inégalités sociales, la mesure individuelle du revenu a été préconisée lorsqu'elle était disponible (ex. : revenu demandé aux répondants lors d'une enquête). Comme alternative, les mesures écologiques des indices de défavorisation matérielle et sociale ont été utilisées lorsque le code postal de résidence de l'individu était connu (Indice de défavorisation de Robert Pampalon basé sur les aires de diffusion en 2006).
2. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du recensement de 2006.
3. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du recensement de 2006.
4. Quartile 4 = population défavorisée. Quartile 1 = population favorisée.
5. Quintile 1 = population défavorisée. Quintile 5 = population favorisée.

4. STATISTIQUES DÉTAILLÉES SUR LE CANCER

4.1. ENSEMBLE DES CANCERS

EN BREF

Tableau 11
Portrait synthétique de l'ensemble des cancers, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	497	605	1 102
2010	920	938	1 858
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	= (1986 à 2010) ↑(1996 à 2010)	↓	=
Mortalité (1985-2009)	=	↓	↓
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	=	=	=
Mortalité (2007-2009)	-	=	-
Hospitalisations (2009-2012)	=	+	+
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Non	Non	Non
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Non
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Oui	Oui	Oui
Mortalité (2007-2009)	Non	Oui	Oui
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)			67 497 jours
Séjour moyen (2009-2012)			10,6 jours

- Le cancer est la principale cause de décès en Estrie, tant chez les hommes (34,6 %) que chez les femmes (30 %).
- De 1986 à 2010, les hommes présentent des taux ajustés d'incidence du cancer systématiquement plus élevés que ceux des femmes. Toutefois, l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec les années.

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010, tant chez les hommes que chez les femmes. Le nombre annuel moyen de nouveaux cas et de décès par cancer ne cesse d'augmenter parce que la population vieillit et augmente. Cette croissance du nombre de cas devrait entraîner, au sein de la population, une augmentation des besoins en services diagnostiques et en soins thérapeutiques et palliatifs.
- Baisse du taux d'incidence chez les hommes.
- Augmentation récente du taux d'incidence chez les femmes (1996 à 2010).
- Baisse du taux de mortalité dans l'ensemble de la population.

➤ *Comparaison avec le Québec*

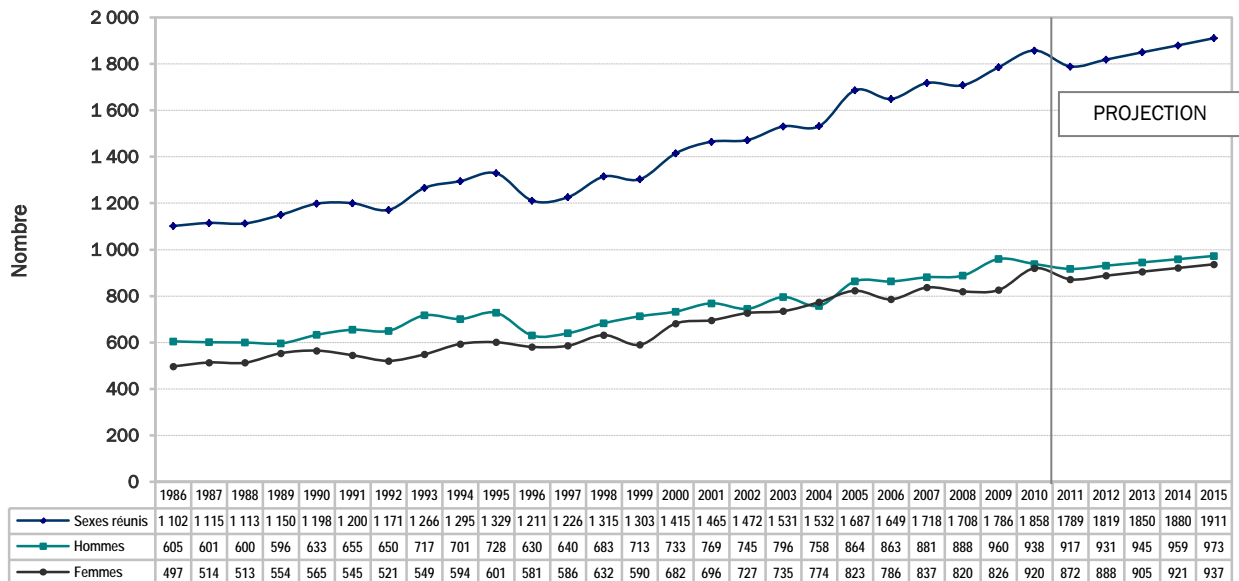
- Taux d'incidence comparable.
- Taux de mortalité inférieur.
- Taux d'hospitalisations supérieur.

➤ *Inégalités sociales de santé*

- Les groupes demeurant dans les territoires les plus défavorisés sur le plan social présentent des taux d'incidence et de mortalité par cancer plus importants que ceux habitant les zones les plus avantagées sur ce plan.

NOUVEAUX CAS

Figure 15
Nombre de nouveaux cas de cancer selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015

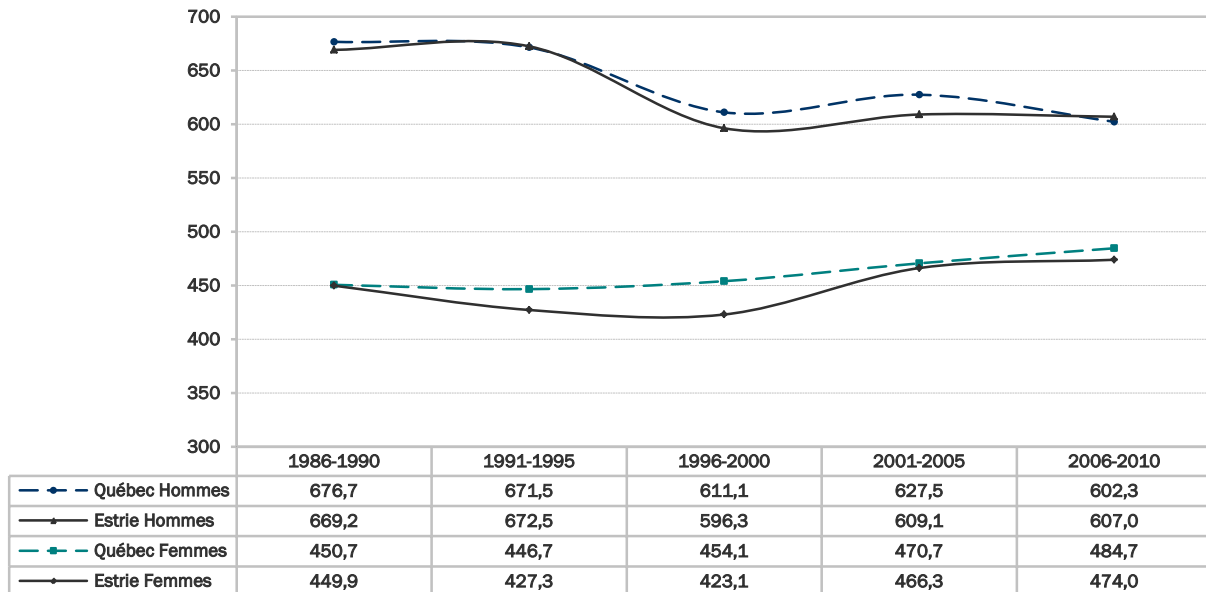


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 16

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 12

Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	69	545,5	54	411,0	123	(-) 470,2
Les Sources	61	(+) 695,2	45	437,7	106	549,5
Le Haut-Saint-François	78	(+) 701,6	54	471,2	132	(+) 579,4
Le Val-Saint-François	82	570,9	81	509,4	163	534,6
Ville de Sherbrooke	414	(+) 630,1	416	479,9	831	536,6
Coaticook	47	(-) 502,8	46	460,9	93	(-) 476,9
Memphrémagog	154	567,1	142	485,0	296	521,5
Estrie	906	607,0	838	474,0	1 744	528,5
Reste du Québec	20 799	602,1	20 060	485,2	40 859	531,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 13

Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut pour 100 000	Nombre	%	Taux brut pour 100 000
0 à 39 ans	287	5,1	(-) 34,3	295	3,4	40,7
40 à 49 ans	385	6,8	227,3	545	6,3	240,4
50 à 59 ans	817	14,4	664,8	1 484	17,0	636,7
60 à 69 ans	1 594	28,1	1 403,9	2 358	27,0	1 361,4
70 à 79 ans	1 684	29,7	2 334,3	2 150	24,7	2 147,4
80 ans et +	911	16,0	2 885,7	1 887	21,6	2 910,5
Total Estrie	5 678	100,0	-	8 719	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

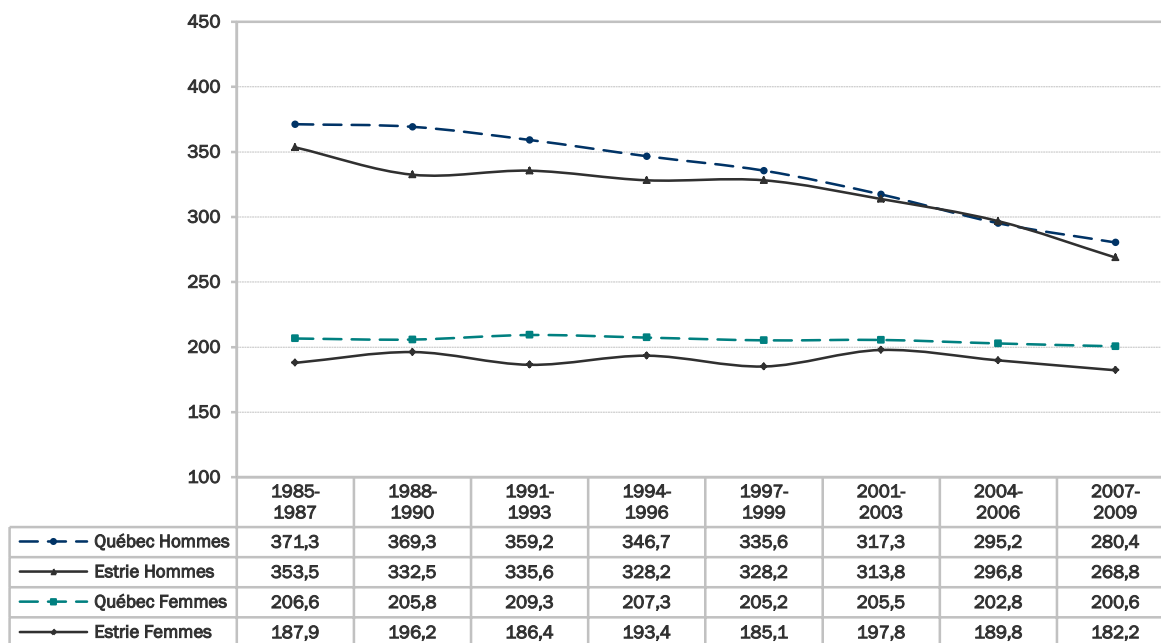
** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

- Le nombre annuel moyen de nouveaux cas et de décès par cancer ne cesse d'augmenter, entre autres parce que la population vieillit et augmente (1 102 nouveaux cas en 1986 comparativement à 1 858 nouveaux cas en 2010 sur le territoire estrien). Cette croissance du nombre de cas devrait entraîner au sein de la population une augmentation des besoins en services diagnostiques, ainsi qu'en soins thérapeutiques et palliatifs.
- En Estrie et au Québec, chez les hommes, le taux ajusté d'incidence du cancer a connu une stabilité entre 1986 et 1995, pour ensuite diminuer et se stabiliser à nouveau entre 1996 et 2010. Chez les femmes, le taux est demeuré relativement stable entre 1986 et 2000, pour ensuite amorcer une hausse soutenue de 2001 à 2010.
- On remarque, par ailleurs, que les hommes présentent des taux ajustés d'incidence du cancer systématiquement plus élevés que ceux des femmes. Toutefois, l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec les années.
- De 2006 à 2010, le taux ajusté d'incidence du cancer, pour l'ensemble des causes, est statistiquement comparable à celui du Québec (528 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie et 532 pour 100 000 au Québec).
- De 2006 à 2010, les populations masculines de la Ville de Sherbrooke, des MRC des Sources et du Haut-Saint-François affichent un taux d'incidence du cancer supérieur à celui des hommes québécois. Par ailleurs, les taux attribués à la population féminine de chacune des MRC de la région sont comparables à la donnée provinciale.
- De 1986 à 2010, le nombre de nouveaux cas de cancer chez la population âgée de moins de 40 ans est demeuré relativement stable (environ 300 sur cinq années). Dans le reste de la population, le nombre de nouveaux cas a augmenté durant cette période.
- De 2006 à 2010, près de trois nouveaux cas de cancer sur quatre (73,3 %) sont rapportés parmi la population estrienne âgée de 60 ans ou plus.

DÉCÈS

Figure 17
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-9 = 140-172, 174-208; CIM-10 = C00-C43, C45-C97).

Tableau 14
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	28	223,9	22	157,2	50	190,9
Les Sources	25	282,5	19	162,8	44	214,5
Le Haut-Saint-François	27	252,2	22	192,0	49	217,6
Le Val-Saint-François	34	253,9	32	194,5	66	219,8
Ville de Sherbrooke	181	281,6	174	187,9	356	224,9
Coaticook	23	248,5	20	191,7	43	216,8
Memphrémagog	74	280,3	50	166,4	124	219,0
Estrie	393	268,8	340	(-) 182,2	733	(-) 219,1
Reste du Québec	9 441	280,9	8 650	201,4	18 092	234,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-9 = 140-172, 174-208; CIM-10 = C00-C43, C45-C97).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

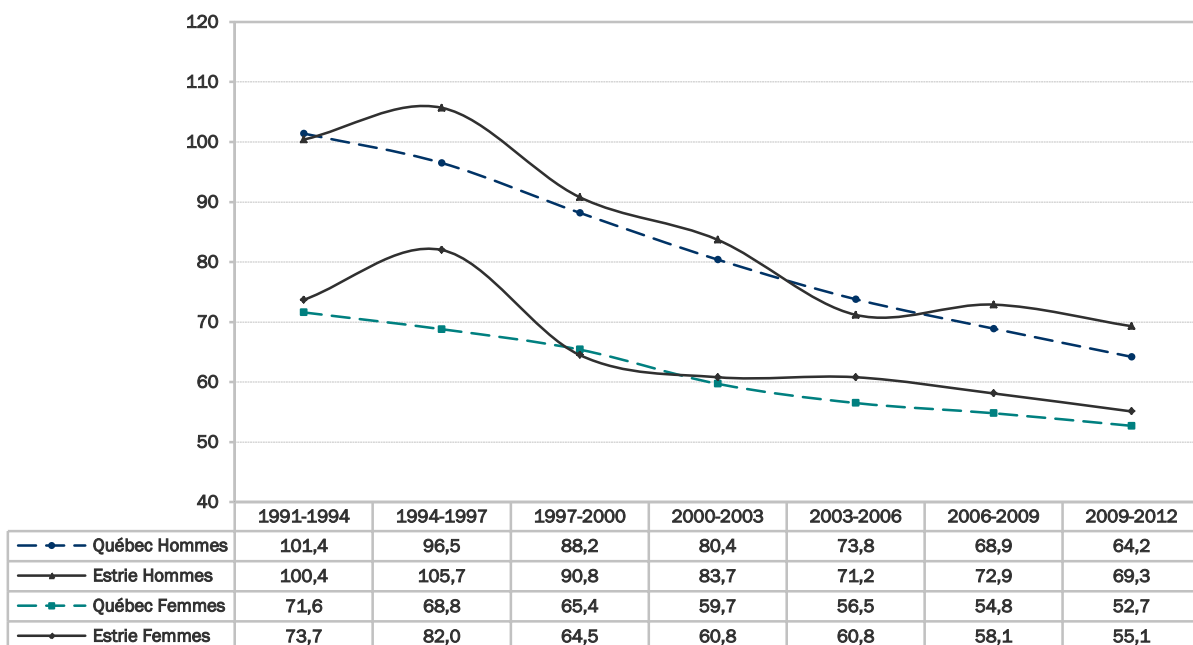
1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

- Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), parmi les provinces canadiennes, le Québec affiche le taux le plus élevé de mortalité par tumeurs malignes après Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse. Cette position défavorable est particulièrement importante dans le cas du cancer de la trachée, des bronches et du poumon (Santéscope, 2010. En ligne : www.inspq.qc.ca/santescope).
- Toujours selon l'INSPQ, parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Québec affiche les taux les plus élevés pour l'ensemble des cancers ainsi que pour le cancer du côlon, du rectum et de l'anus, de même que celui de la trachée, des bronches et du poumon. Dans ce dernier cas, le Québec affiche le taux le plus élevé (Santéscope, 2010. En ligne : www.inspq.qc.ca/santescope).
- Au Québec et en Estrie, en comparant la période 1985-1987 à celle de 2007-2009, tout en contrôlant l'effet de l'âge, le taux ajusté indique que la mortalité par cancer a diminué chez les hommes, alors qu'elle s'est maintenue à peu près au même niveau chez les femmes.
- De 2007 à 2009, le taux ajusté de mortalité estrien, pour les tumeurs malignes, est statistiquement inférieur à celui du Québec (219 décès pour 100 000 en Estrie comparativement à 234 pour 100 000). Il s'agit toutefois de la principale cause de décès.
- Les femmes de l'Estrie présentent, en 2007-2009, un taux ajusté de mortalité par cancer significativement moins élevé que celui des femmes du reste du Québec. Chez les hommes, le taux est comparable. Dans les territoires de CSSS de la région, le taux ajusté de mortalité par cancer ne présente pas de différence statistiquement significative avec celui du reste du Québec, quel que soit le sexe.

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 18

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Ensemble des tumeurs malignes (CIM-9 = 140-208; CIM-10 CA = C00-C97).

Tableau 15

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 10 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 10 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 10 000
Le Granit	99	(+) 72,9	78	60,0	177	(+) 65,2
Les Sources	65	70,7	46	(-) 42,9	111	55,1
Le Haut-Saint-François	100	(+) 82,0	64	53,9	164	(+) 67,1
Le Val-Saint-François	116	(+) 72,3	86	52,9	201	62,0
Ville de Sherbrooke	508	(+) 71,6	497	(+) 56,5	1 006	(+) 62,6
Coaticook	51	(-) 50,5	48	47,1	100	(-) 48,3
Memphrémagog	185	61,4	185	57,5	370	59,1
Estrie	1 124	(+) 69,3	1 004	55,1	2 129	(+) 61,1
Québec	24 780	64,2	23 376	52,7	48 156	57,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Ensemble des tumeurs malignes (CIM-10 CA = C00-C97).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 16

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	531	4 849	9,13
Les Sources	332	3 017	9,09
Le Haut-Saint-François	493	5 173	10,49
Le Val-Saint-François	604	6 732	11,15
Ville de Sherbrooke	3 017	34 895	11,57
Coaticook	299	2 872	9,61
Memphrémagog	1 110	9 959	8,97
Estrie	6 386	67 497	10,57
Québec	144 468	1 677 647	11,69

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Ensemble des tumeurs malignes (CIM-10 CA = C00-C97).

- Entre les périodes 1991-1992 et 2011-2012, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour tumeurs malignes est relativement stable chez les hommes et chez les femmes de l'Estrie (autour de 1 000 admissions hospitalières). Le taux ajusté selon l'âge est cependant à la baisse chez les deux sexes.
- Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour la population estrienne est supérieur à celui du reste du Québec. Cette différence est expliquée notamment par le taux supérieur obtenu pour la population masculine. Les hommes des CSSS du Granit, du Haut-Saint-François, de Sherbrooke et du Val-Saint-François affichent un taux ajusté d'hospitalisations pour cancer supérieur à celui de leurs homologues du reste du Québec. Il en va de même des femmes du CSSS de Sherbrooke comparativement à l'ensemble des Québécoises.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne en Estrie est de 10,6 jours. Au Québec, ce séjour moyen est légèrement supérieur, soit 11,7 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 9 jours (population de la MRC Memphrémagog) à 11,6 jours (population de Sherbrooke).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour tumeurs malignes représente 12,4 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 7,6 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁴

Tableau 17

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	690,18	652,34	455,27	480,59	550,52	544,52
	Hors Sherbrooke	(+) 594,40	496,84	456,52	456,76	516,05	476,65
	Estrie	616,80	596,54	455,65	474,45	524,39	524,40
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(+) 671,49	575,02	471,13	472,87	541,69	523,57
	Hors Sherbrooke	(+) 636,24	530,08	(+) 524,13	392,23	(+) 568,19	459,24
	Estrie	(+) 655,01	539,25	(+) 489,10	411,86	(+) 550,13	474,11
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	(+) 700,46	557,73	461,23	545,57	552,06	554,12
	Hors Sherbrooke	(+) 687,92	510,92	(+) 544,03	418,87	(+) 597,88	466,14
	Estrie	(+) 691,83	526,46	503,00	470,28	(+) 575,01	500,57

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

44. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

- Dans l'ensemble de l'Estrie, le taux d'incidence du cancer est plus important dans les territoires les plus défavorisés à la fois sur les plans matériel et social, comparativement à ceux où se retrouvent les populations les plus favorisées (575 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 500,6 nouveaux cas). Ces écarts sont notés plus particulièrement à l'extérieur de Sherbrooke et chez les hommes.
- Davantage de différences significatives sont remarquées entre les populations défavorisées et favorisées si l'on tient compte uniquement des composantes sociales de l'indice de défavorisation.

Tableau 18

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	291,3	322,1	173,8	188,2	221,2	240,2
	Hors Sherbrooke	254,2	221,6	177,8	171,1	210,7	196,0
	Estrie	261,9	286,1	176,5	181,7	212,8	226,1
Défavorisation sociale	Sherbrooke	304,3	275,3	172,3	203,5	221,5	239,6
	Hors Sherbrooke	(+) 303,5	216,4	(+) 214,1	156,5	(+) 248,9	185,8
	Estrie	(+) 303,7	229,4	186,0	167,9	(+) 230,9	198,0
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	324,4	275,4	188,9	239,4	242,6	259,1
	Hors Sherbrooke	(+) 275,1	205,3	201,0	145,7	(+) 226,0	175,7
	Estrie	(+) 297,9	237,6	191,8	190,1	232,1	214,9

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-9 = 140-172, 174-208; CIM-10 = C00-C43, C45-C97).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, le taux de mortalité par cancer obtenu pour les populations vivant dans des territoires défavorisés à la fois sur les plans matériel et social est statistiquement comparable à celui attribué aux groupes habitant dans les zones les plus favorisées (232,1 décès pour 100 000 comparativement à 214,9 décès). Par contre, une différence significative est notée entre ces groupes dans l'ensemble des territoires estriens situés à l'extérieur de Sherbrooke (226 décès pour 100 000 comparativement à 175,7 décès).
- Des différences significatives entre populations défavorisées et favorisées ressortent lorsqu'on considère exclusivement les composantes sociales de l'indice de défavorisation (230,9 décès pour 100 000 comparativement à 198 décès).

À L'ÉCHELLE DES 66 COMMUNAUTÉS ESTRIENNES

Tableau 19

Taux ajusté d'incidence du cancer pour les communautés locales¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans)

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux pour 100 000	Taux pour 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC des Sources						
Asbestos	63,0	(+) 653,0	(+) 651,7	D	D	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-Ville (C-12)	21,0	(+) 684,8	-	E	E	Oui
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	45,9	(+) 644,7	-	D	E	Oui
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Mi-Vallon (C-20)	28,0	(+) 668,9	-	A	C	Non

➤ La version intégrale de ce tableau, incluant l'ensemble des communautés de l'Estrie, se retrouve en annexe de ce document.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

> *Sexes réunis*

- Quatre des 66 communautés locales présentent un taux d'incidence du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble de la population québécoise :
 - > Asbestos (MRC des Sources)
 - > Centre-Ville (C-12) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Mi-Vallon (C-20) (Sherbrooke - Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville)
- Deux de ces quatre territoires font partie des quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social) :
 - > Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)
 - > Centre-Ville (C-12)

> *Population masculine (données non présentées)*

- Chez les hommes, trois des 66 communautés locales présentent un taux d'incidence du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble de la population masculine au niveau provincial :
 - > Asbestos (MRC des Sources)
 - > Julien-Ducharme (C-3) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Centre-Ville (C-12) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
- Deux de ces trois territoires se retrouvent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social :
 - > Julien-Ducharme (C-3)
 - > Centre-Ville (C-12)

> *Population féminine (données non présentées)*

- Deux des 66 communautés locales affichent un taux d'incidence du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble des Québécoises :
 - > Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Ces deux territoires comptent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social.

Tableau 20

Taux ajusté de mortalité du cancer pour les communautés locales¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2003-2009 (7 ans)

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux pour 100 000	Taux pour 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Haut-Saint-François						
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	19,6	(+) 311,0	227,9	D	C	Non
MRC du Val-Saint-François						
Ville de Windsor	20,0	(+) 314,8	297,5	C	D	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Fleurimont						
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	25,0	(+) 309,7	264,9	C	E	Oui
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Saint-Alphonse (C-27)	23,1	(+) 351,5	279,0	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	15,4	(+) 308,8	208,3	A	E	Non
MRC de Memphrémagog						
Est de Magog	21,1	(+) 333,5	274,7	E	D	Oui

> La version intégrale de ce tableau, incluant l'ensemble des communautés de l'Estrie, se retrouve en annexe de ce document.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Note : Tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-10 = C00-C43, C45-C97).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus. C'est le cas notamment du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. L'exclusion s'est faite dans la banque de décès en utilisant le filtre CHSLD=1. Cette variable a été générée lorsque le code postal de résidence du bénéficiaire correspondait au code postal de l'établissement CHSLD où est survenu le décès. Exception : si le code postal du lieu de résidence était unique à l'établissement, tous les décès correspondant ont été exclus. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

> *Sexes réunis*

- Six des 66 communautés locales présentent un taux de décès du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble de la population québécoise :
 - > La Saint-François (Zone 2) (MRC du Haut-Saint-François)
 - > Ville de Windsor (MRC du Val-Saint-François)
 - > Saint-Jean-Baptiste (C-10) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Saint-Alphonse (C-27) (Sherbrooke - Arrondissement de Jacques-Cartier)
 - > Vieux-Nord (C-28) (Sherbrooke - Arrondissement de Jacques-Cartier)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Deux de ces six territoires se retrouvent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social) :
 - > Est de Magog
 - > Saint-Jean-Baptiste (C-10)
- Après avoir exclu les cas résidant en CHSLD (exclusion des principaux établissements de la région, mais non exhaustive), aucune des six communautés locales n'affiche un taux de décès du cancer significativement plus élevé que la moyenne provinciale.

> *Population masculine (données non présentées)*

- Chez les hommes, six des 66 communautés locales présentent un taux de décès du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble de la population masculine québécoise :
 - > Ville de Windsor (MRC du Val-Saint-François)
 - > Pin-Solitaire (C-4) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Centre-Ville (C-12) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Saint-Alphonse (C-27) (Sherbrooke - Arrondissement de Jacques-Cartier)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
 - > Centre de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Trois de ces six territoires comptent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social :
 - > Centre-Ville (C-12)
 - > Est de Magog
 - > Centre de Magog
- Après avoir exclu les cas résidant en CHSLD (exclusion des principaux établissements de la région, mais non exhaustive), les trois communautés locales suivantes demeurent avec un taux de décès du cancer significativement plus élevé que celui du Québec :
 - > Pin-Solitaire (C-4)
 - > Centre-Ville (C-12)
 - > Centre de Magog

> *Population féminine (données non présentées)*

- Trois communautés estriennes sur 66 affichent un taux de décès du cancer plus important que celui attribué à l'ensemble des Québécoises :
 - > Richmond et région (MRC du Val-Saint-François)
 - > Saint-Jean-Baptiste (C-10) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Saint-Alphonse (C-27) (Sherbrooke - Arrondissement de Jacques-Cartier)

- Deux de ces trois territoires comptent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social :
 - > Richmond et région
 - > Saint-Jean-Baptiste (C-10)

- Après avoir exclu les cas résidant en CHSLD (exclusion des principaux établissements de la région, mais non exhaustive), aucune des deux communautés locales n'affiche un taux de décès du cancer significativement plus élevé que la moyenne provinciale.

4.2. CANCER DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON

EN BREF

Tableau 21
Portrait synthétique du cancer de la trachée, des bronches et du poumon, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	40	147	187
2010	102	154	256
2006 à 2010 (cas observés)			1 390
2006 à 2010 (cas attendus)			1 521
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	↑	↓	↓
Mortalité (1985-2009)	↑	↓	=
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	-	=	-
Mortalité (2007-2009)	-	=	-
Hospitalisations (2009-2012)	+	+	+
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Oui	Oui	Oui
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Non
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Oui	Oui	Oui
Mortalité (2007-2009)	Oui	Oui	Oui
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)			12 585 jours
Séjour moyen (2009-2012)			11 jours

- Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon représente le principal siège de cancer en Estrie.
- Il s'agit du siège de cancer générant le plus grand nombre de décès par tumeurs malignes.
- Il est l'un des cancers générant le plus grand nombre de jours d'hospitalisation en région.
- À l'instar du portrait provincial, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer du poumon est plus important chez les hommes que chez les femmes sur le territoire estrien de 2006 à 2010 (107 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 66 pour 100 000).

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Baisse du taux d'incidence chez les hommes.
- Baisse du taux de mortalité chez les hommes.
- Situation préoccupante chez les femmes : augmentation récente du taux d'incidence et hausse du taux de mortalité. On peut émettre l'hypothèse que cette progression du cancer chez la population féminine s'explique en partie par ses habitudes tabagiques du passé. En 1987, la consommation de tabac chez les femmes de la région était alors assez importante et équivalente à celle des hommes parmi la population âgée de 15 ans ou plus (36,2 % comparativement à 38,9 %).

> *Comparaison avec le Québec*

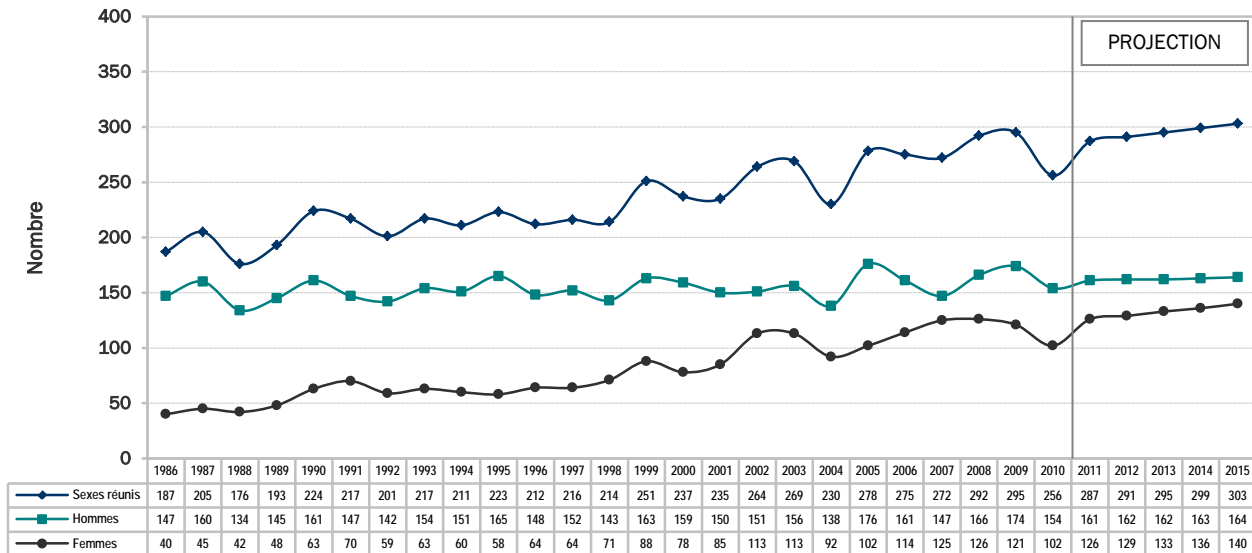
- Taux d'incidence inférieur.
- Taux de mortalité inférieur.
- Taux d'hospitalisations supérieur.

> *Inégalités sociales de santé*

- La population vivant dans les territoires les plus désavantagés sur le plan matériel affiche des taux d'incidence du cancer du poumon supérieurs à celle habitant dans les zones les plus favorisées sur ce plan.
- Les groupes demeurant dans les zones les plus défavorisées sur le plan social présentent des taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon plus élevés que ceux vivant dans les territoires les plus avantagés.

NOUVEAUX CAS

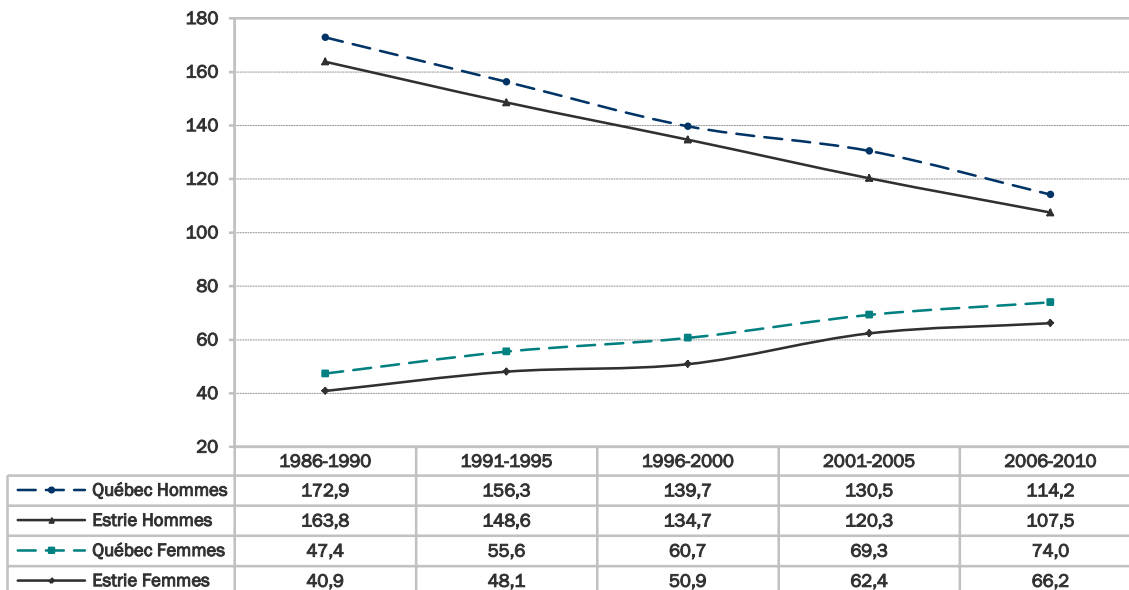
Figure 19
Nombre de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 20
Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 22

Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	11	89,3	8	60,8	19	(-) 73,1
Les Sources	11	124,8	8	77,1	19	97,9
Le Haut-Saint-François	15	130,2	9	77,7	24	102,9
Le Val-Saint-François	13	(-) 87,3	12	73,3	25	79,3
Ville de Sherbrooke	80	121,9	55	63,9	135	87,1
Coaticook	7	(-) 76,4*	5	51,5*	12	(-) 62,0
Memphrémagog	24	(-) 87,2	21	70,7	45	(-) 77,9
Estrie	160	107,5	118	(-) 66,2	278	(-) 83,6
Reste du Québec	3 913	114,5	3 095	74,3	7 008	90,8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 23

Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	15	1,5	1,8*	5	0,4	0,7**
40 à 49 ans	48	4,9	28,3	64	4,6	28,2
50 à 59 ans	163	16,5	132,6	230	16,5	98,7
60 à 69 ans	362	36,8	318,8	412	29,6	237,9
70 à 79 ans	310	31,5	429,7	417	30,0	(-) 416,5
80 ans et +	87	8,8	(-) 275,6	262	18,8	(-) 404,1
Total Estrie	985	100,0	-	1 390	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 24

Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	15	13	2	-	5	6	-1	-
40 à 49 ans	48	57	-9	-	64	58	6	-
50 à 59 ans	163	176	-13	-	230	249	-19	-
60 à 69 ans	362	366	-4	-	412	448	-36	-
70 à 79 ans	310	322	-12	-	417	462	-45	-
80 ans et +	87	117	-30	-	262	298	-36	-
Total Estrie	985	1 050	-65	(-) 93,8	1 390	1 521	-131	(-) 91,4

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

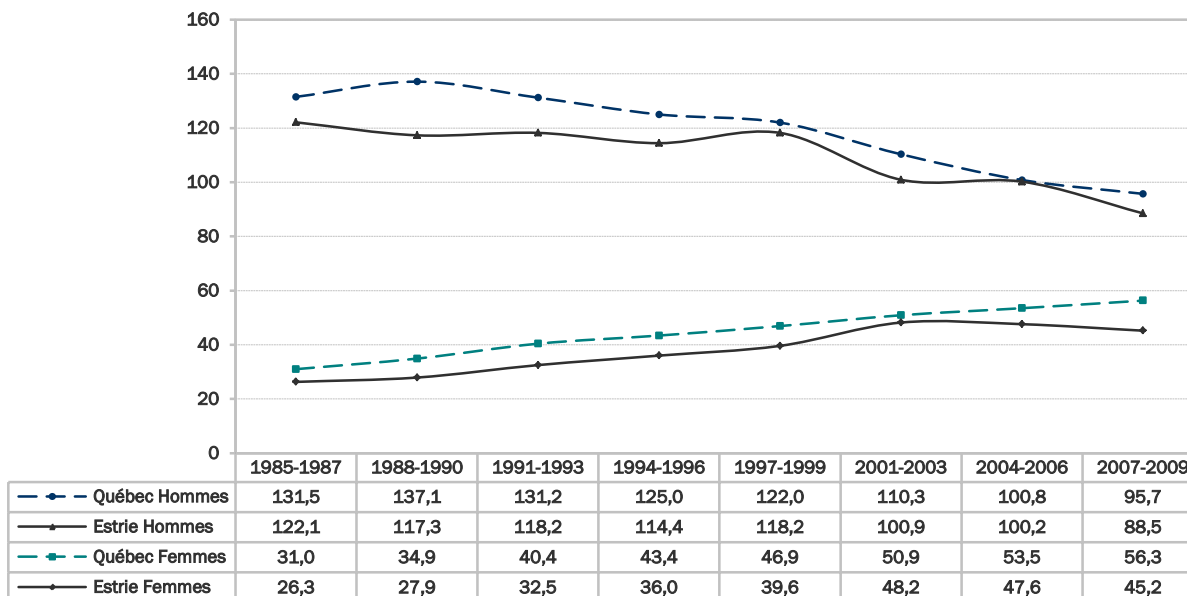
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

- Entre 1986 et 2010, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du poumon en Estrie a plus que doublé chez les femmes (40 à 102 nouveaux cas), tout en demeurant à peu près stable chez les hommes (autour de 150 nouveaux cas en moyenne).
- En Estrie comme au Québec, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer du poumon est à la baisse chez les hommes, mais à la hausse chez les femmes.
- À l'instar du portrait provincial, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer du poumon est plus important chez les hommes que chez les femmes sur le territoire estrien (107 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 66 pour 100 000).
- En 2006-2010, les femmes de l'Estrie affichent un taux ajusté d'incidence du cancer du poumon un peu plus faible que celui du reste de la population féminine québécoise (66 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 74 pour 100 000). Durant la même période, ce taux d'incidence attribué à la population masculine de la région est statistiquement comparable à celui relevé pour l'ensemble des hommes à l'échelle provinciale.
- De 2006 à 2010, près de huit nouveaux cas de cancer du poumon sur dix (78,4 %) sont enregistrés parmi la population estrienne âgée de 60 ans ou plus.
- De 1986 à 2010, la proportion des nouveaux cas de cancer du poumon à l'échelle régionale attribuée à la population âgée de 80 ans ou plus est passée de 8,8 % à 18,8 %.
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, la population estrienne aurait dû s'attendre à 1 521 nouveaux cas de cancer du poumon. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été moindre, soit 1 390. Le nombre de nouveaux cas observés a été inférieur à celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges.

DÉCÈS

Figure 21
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34).

Tableau 25
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	10	81,9*	5	37,5*	15	58,5
Les Sources	7	79,4*	4	41,0*	11	57,6*
Le Haut-Saint-François	9	82,7*	7	59,7*	16	70,1
Le Val-Saint-François	10	75,3*	8	51,0*	19	61,1
Ville de Sherbrooke	65	100,2	39	44,8	104	66,6
Coaticook	7	74,7*	3	30,1**	10	50,5*
Memphrémagog	22	82,0	15	47,7	37	63,4
Estrie	130	88,5	82	(-) 45,2	212	(-) 63,5
Reste du Québec	3 259	96,1	2 388	56,7	5 647	73,1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

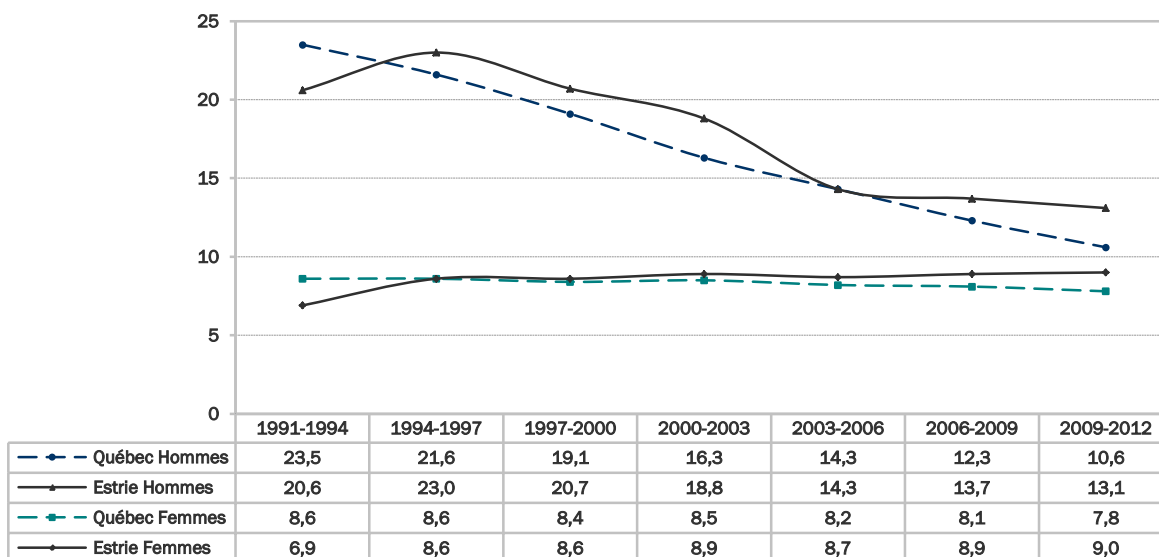
1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

- Entre 1985 et 2009, en Estrie comme au Québec, la mortalité par cancer du poumon a diminué chez les hommes, mais elle a augmenté sensiblement chez les femmes (26,3 décès pour 100 000 à 45,2 décès chez les Estriennes).
- L'Estrie affiche, en 2007-2009, un taux ajusté de décès par cancer du poumon statistiquement inférieur à celui du reste de la province (63,5 décès pour 100 000 en Estrie comparativement à 73,1 décès pour 100 000 au Québec).

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 22

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-9 = 162). Tumeurs malignes des bronches et du poumon (CIM-10 CA = C34). Les données couvrant la période 2006-2009 et 2009-2012 excluent le code C33 (cancer de la trachée). Le nombre de cas associés à ce siège est toutefois négligeable (11 admissions au Québec de 2009 à 2012).

Tableau 26

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	16	10,9	11	8,8*	26	9,6
Les Sources	13	14,0*	9	7,7*	22	10,7
Le Haut-Saint-François	22	(+) 18,8	10	8,3*	32	(+) 13,1
Le Val-Saint-François	18	12,0	14	8,5	32	9,9
Ville de Sherbrooke	103	(+) 14,5	84	(+) 9,3	186	(+) 11,6
Coaticook	8	8,2*	6	5,9*	15	6,9
Memphrémagog	34	10,5	35	(+) 10,7	69	(+) 10,6
Estrie	213	(+) 13,1	169	(+) 9,0	382	(+) 10,8
Reste du Québec	4 099	10,6	3 491	7,8	7 590	8,9

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes des bronches et du poumon (CIM-10 CA = C34).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Les données couvrant la période 2009-2012 excluent le code C33 (cancer de la trachée).

Le nombre de cas associés à ce siège est toutefois négligeable (11 admissions au Québec de 2009 à 2012).

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 27

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	79	635	8,04
Les Sources	65	729	11,22
Le Haut-Saint-François	96	1 142	11,90
Le Val-Saint-François	97	1 178	12,14
Ville de Sherbrooke	560	6 670	11,91
Coaticook	44	324	7,36
Memphrémagog	207	1907	9,21
Estrie	1 148	12 585	10,96
Québec	22 805	305 630	13,44

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10 CA= C33-C34).

- De 1991 à 2012, en Estrie comme au Québec, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du poumon est à peu près stable chez les femmes, mais en baisse chez les hommes.

- Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du poumon en Estrie a été supérieur à celui de la province, quel que soit le sexe. Plus spécifiquement, les territoires administratifs de la région affichant un taux d'hospitalisations plus important qu'au Québec sont : le CSSS du Haut-Saint-François (hommes), le CSSS de Sherbrooke (hommes et femmes) et le CSSS de Memphrémagog (femmes).
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne du poumon en Estrie est de 11 jours. Au Québec, ce séjour moyen est supérieur, soit 13,4 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 7,4 jours (population de la MRC de Coaticook) à 12,1 jours (population de la MRC du Val-Saint-François).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer du poumon représente 18,6 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 18,2 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁵

Tableau 28

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	(+) 163,40	107,00	74,27	56,13	(+) 110,49	76,05
	Hors Sherbrooke	(+) 103,61	67,06	74,69	60,86	(+) 87,01	63,96
	Estrie	(+) 117,26	93,01	(+) 74,46	57,16	(+) 92,70	72,35
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(+) 142,15	103,47	71,40	50,39	(+) 98,33	77,04
	Hors Sherbrooke	(+) 115,26	78,53	73,96	57,24	(+) 90,72	67,61
	Estrie	(+) 131,83	83,61	(+) 72,05	54,85	(+) 95,50	68,91
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	(+) 172,46	77,71	76,65	45,34	(+) 114,48	62,85
	Hors Sherbrooke	(+) 139,33	79,48	87,41	68,15	(+) 107,41	73,85
	Estrie	(+) 153,71	77,51	81,69	58,08	(+) 110,22	68,19

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

45. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

- Dans l'ensemble de l'Estrie, le taux d'incidence du cancer du poumon des personnes vivant dans les territoires les plus défavorisés à la fois sur les plans matériel et social est plus élevé que celui des gens habitant les zones les plus favorisées (110,2 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 68,2 nouveaux cas). Ces écarts sont notés à Sherbrooke et à l'extérieur de la ville sherbrookoise, plus particulièrement chez les hommes.
- Des différences significatives sont remarquées entre les populations favorisées et défavorisées, tant pour la défavorisation matérielle que sociale.

Tableau 29

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	117,8	106,5	48,8	45,9	76,4	69,8
	Hors Sherbrooke	(+) 83,3	59,7	51,6	34,2*	(+) 65,2	46,7
	Estrie	91,0	89,8	50,8	42,2	67,8	62,6
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(+) 116,0	74,3	49,8	52,3*	74,4	63,2
	Hors Sherbrooke	(+) 112,1	59,0	(+) 65,0	40,2	(+) 83,8	49,3
	Estrie	(+) 114,5	61,9	(+) 55,0	42,6	(+) 77,7	52,0
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	(+) 121,6	57,4*	55,6	62,1*	81,6	59,6*
	Hors Sherbrooke	(+) 109,2	45,3*	(+) 64,5	31,4*	(+) 80,6	38,3*
	Estrie	(+) 116,0	50,9*	60,2	45,2*	(+) 81,6	48,1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, le taux de mortalité par cancer du poumon obtenu pour les populations habitant les territoires les plus défavorisées sur les plans matériel et social est presque deux fois plus important que celui attribué aux groupes demeurant dans les zones les plus favorisées (81,6 décès pour 100 000 comparativement à 48,1 décès).
- Des différences significatives entre populations défavorisées et favorisées ressortent plus particulièrement lorsqu'une personne réside à l'extérieur de Sherbrooke, qu'il s'agisse de la dimension matérielle (65,2 décès pour 100 000 comparativement à 46,7 décès) ou sociale (83,8 décès pour 100 000 comparativement à 49,3 décès) de l'indice de défavorisation.

À L'ÉCHELLE DES 66 COMMUNAUTÉS ESTRIENNES

Tableau 30

Taux ajusté d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les communautés locales¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans)

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Haut-Saint-François						
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	8,4	(+) 133,1	-	D	C	Non
MRC du Val-Saint-François						
Ville de Windsor	8,6	(+) 139,5	-	C	D	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Des Grands-Monts (C-14)	4,7	(+) 161,0*	-	E	E	Oui
MRC de Memphrémagog						
Est de Magog	9,6	(+) 151,7	(+) 151,7	E	D	Oui

> La version intégrale de ce tableau, incluant l'ensemble des communautés de l'Estrie, se retrouve en annexe de ce document.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

> Sexes réunis

- Quatre des 66 communautés locales présentent un taux d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble de la population québécoise :
 - > La Saint-François (Zone 2) (MRC du Haut-Saint-François)
 - > Ville de Windsor (MRC du Val-Saint-François)
 - > Des Grands-Monts (C-14) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)

- Deux de ces quatre territoires font partie des quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social) :
 - > Des Grands-Monts (C-14)
 - > Est de Magog

> *Population masculine (données non présentées)*

- Chez les hommes, quatre des 66 communautés locales présentent un taux d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble de la population masculine de la province :
 - > Julien-Ducharme (C-3) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Centre-Ville (C-12) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Des Grands-Monts (C-14) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Ces quatre territoires se retrouvent parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social.

> *Population féminine (données non présentées)*

- Deux des 66 communautés locales affichent un taux d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble des Québécoises :
 - > Ville de Windsor (MRC du Val-Saint-François)
 - > Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Un de ces deux territoires est associé au groupe des quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social :
 - > Est de Magog

Tableau 31

Taux ajusté de mortalité du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les communautés locales¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2003-2009 (7 ans)

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Val-Saint-François						
Ville de Windsor	7,3	(+) 116,6	(+) 113,0	C	D	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Fleurimont						
Saint-Michel (C-5)	6,6	(+) 113,2	-	D	E	Oui
MRC de Memphrémagog						
Est de Magog	7,0	(+) 108,3	100,7	E	D	Oui

➤ La version intégrale de ce tableau, incluant l'ensemble des communautés de l'Estrie, se retrouve en annexe de ce document.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Note : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10 = C33-C34).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus. C'est le cas notamment du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. L'exclusion s'est faite dans la banque de décès en utilisant le filtre CHSLD=1. Cette variable a été générée lorsque le code postal de résidence du bénéficiaire correspondait au code postal de l'établissement CHSLD où est survenu le décès. Exception : si le code postal du lieu de résidence était unique à l'établissement, tous les décès correspondant ont été exclus. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

➤ Sexes réunis

- Trois des 66 communautés locales présentent un taux de décès du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble de la population québécoise :
 - Ville de Windsor (MRC du Val-Saint-François)
 - Saint-Michel (C-5) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - Est de Magog (MRC de Memphrémagog)
- Deux de ces trois territoires se retrouvent parmi les 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social) :
 - Saint-Michel (C-5)
 - Est de Magog

- Après avoir exclu les cas résidant en CHSLD (exclusion des principaux établissements de la région, mais non exhaustive), les deux communautés locales suivantes demeurent avec un taux de décès du cancer significativement plus élevé que celui du Québec :
 - > Ville de Windsor
 - > Saint-Michel (C-5)

> *Population masculine (données non présentées)*

- Chez les hommes, quatre des 66 communautés locales présentent un taux de décès du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble de la population masculine du Québec :
 - > Asbestos (MRC des Sources)
 - > Julien-Ducharme (C-3) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Saint-Michel (C-5) (Sherbrooke - Arrondissement de Fleurimont)
 - > Centre-Ville (C-12) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
- Trois de ces quatre territoires comptent parmi les 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social :
 - > Julien-Ducharme (C-3)
 - > Saint-Michel (C-5)
 - > Centre-Ville (C-12)
- Après avoir exclu les cas résidant en CHSLD (exclusion des principaux établissements de la région, mais non exhaustive), les communautés locales suivantes détiennent toujours un taux de décès de cancer significativement plus élevé que celui de la province :
 - > Julien-Ducharme (C-3)
 - > Saint-Michel (C-5)
 - > Centre-Ville (C-12)

> *Population féminine (données non présentées)*

- Aucune communauté estrienne n'affiche un taux de décès du cancer de la trachée, des bronches et du poumon plus important que celui attribué à l'ensemble des Québécoises.

4.3. CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME

EN BREF

Tableau 32
Portrait synthétique du cancer du sein chez la femme, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	110	S.O.	S.O.
2010	222	S.O.	S.O.
2006 à 2010 (cas observés)	1 043	S.O.	S.O.
2006 à 2010 (cas attendus)	1 110	S.O.	S.O.
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	= ↑ (Tendance)	S.O.	S.O.
Mortalité (1985-2009)	↓	S.O.	S.O.
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	=	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	-	S.O.	S.O.
Hospitalisations (2009-2012)	=	S.O.	S.O.
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Non	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	Non	S.O.	S.O.
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Non	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	Non	S.O.	S.O.
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)	2 444 jours	S.O.	S.O.
Séjour moyen (2009-2012)	5,8 jours	S.O.	S.O.

- Le cancer du sein représente le principal siège de cancer chez les femmes de la région.

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010.
- Tendance à la hausse du taux d'incidence (hausse non statistiquement significative). L'arrivée du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) il y a quelques années explique une partie de cette hausse en raison d'un nombre accru de nouveaux cas qu'il a permis de détecter. Depuis ce temps, on assiste en effet à une augmentation du taux d'incidence de cancer du sein qui est le cancer le plus fréquent chez la femme.
- Baisse du taux de mortalité. Bien que le PQDCS ait contribué à la hausse du nombre de cas de cancer du sein dépistés, ce programme a également favorisé une réduction du taux de mortalité attribué à ce type de cancer par un dépistage et une prise en charge précoce de cette maladie.

> *Comparaison avec le Québec*

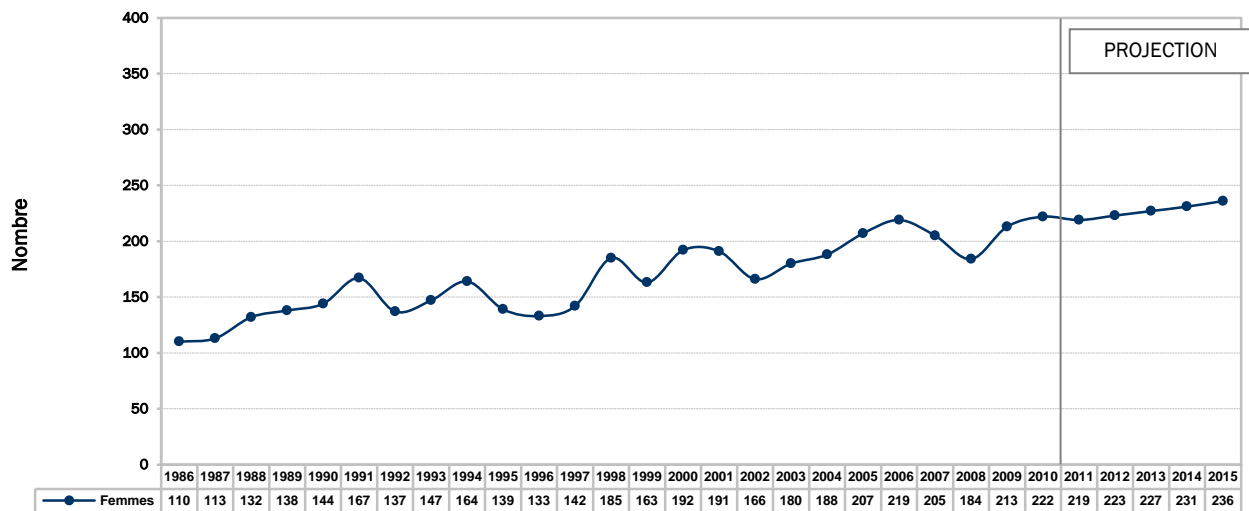
- Taux d'incidence comparable.
- Taux de mortalité inférieur.
- Taux d'hospitalisations comparable.

> Inégalités sociales de santé

- Aucune différence notée dans l'ensemble de la région, tant sur le plan matériel que sur le plan social.

NOUVEAUX CAS

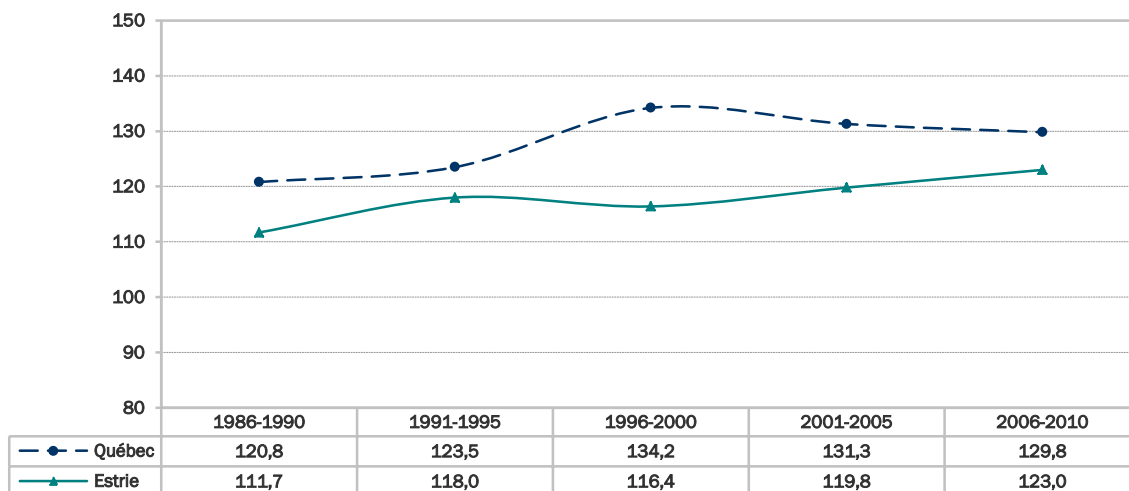
Figure 23
Nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 24
Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 33
Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	13	98,8
Les Sources	11	113,2
Le Haut-Saint-François	14	123,0
Le Val-Saint-François	20	125,9
Ville de Sherbrooke	102	125,0
Coaticook	12	129,1
Memphrémagog	37	127,8
Estrie	209	123,0
Reste du Québec	5 238	130,1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 34
Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	32	5,0	(-) 7,8*	32	3,1	9,1*
40 à 49 ans	94	14,8	111,6	136	13,0	120,8
50 à 59 ans	116	18,2	182,8	268	25,7	228,2
60 à 69 ans	183	28,7	295,3	307	29,4	348,7
70 à 79 ans	130	20,4	(-) 309,5	161	15,4	297,0
80 ans et +	82	12,9	388,8	139	13,3	324,3
Total Estrie	637	100,0	-	1 043	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 35

Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	32	48	-16	-	32	39	-7	-
40 à 49 ans	94	106	-12	-	136	157	-21	-
50 à 59 ans	116	128	-12	-	268	281	-13	-
60 à 69 ans	183	178	5	-	307	299	8	-
70 à 79 ans	130	155	-25	-	161	182	-21	-
80 ans et +	82	87	-5	-	139	151	-12	-
Total Estrie	637	703	-66	(-) 90,7	1 043	1 110	-67	(-) 94,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

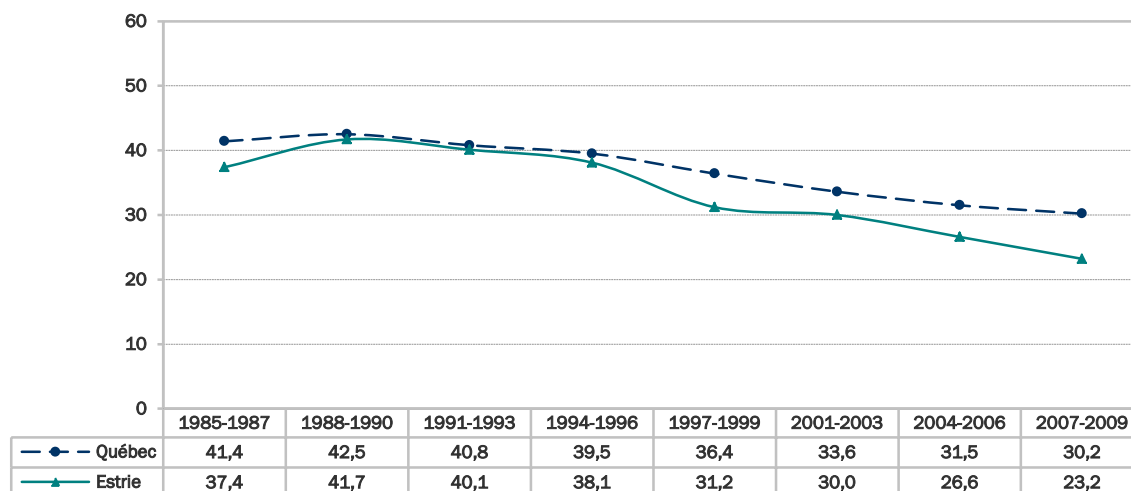
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

- De 1986 à 2010, le nombre de cancers du sein est en augmentation en Estrie et au Québec (110 nouveaux cas en Estrie pour ce type de cancer en 1986, comparativement à 222 nouveaux cas en 2010). Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein contribue sans aucun doute à cette augmentation. Durant cette même période, il est question d'une tendance à la hausse du taux ajusté d'incidence en Estrie, bien que cette hausse ne soit pas statistiquement significative.
- L'Estrie présente, en 2006-2010, un taux ajusté d'incidence du cancer du sein statistiquement comparable à celui du reste du Québec (123 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 130 nouveaux cas). Tous les territoires de CSSS de la région affichent également un taux ajusté d'incidence comparable à celui du reste de la province.
- De 2006 à 2010, en Estrie, environ 55 % des nouveaux cas de cancer du sein se présentent chez les femmes de 50 à 69 ans, et près de 84 %, chez les femmes de 50 ans ou plus.
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, la population féminine estrienne aurait dû s'attendre à 1 110 nouveaux cas de cancer du sein. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été moindre, soit 1 043. Le nombre de nouveaux cas observés a été inférieur à celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges.

Décès

Figure 25
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 = C50).

Tableau 36
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du sein chez la femme, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	4	30,6*
Les Sources	3	23,9**
Le Haut-Saint-François	3	28,6*
Le Val-Saint-François	5	32,4*
Ville de Sherbrooke	18	(-) 20,2
Coaticook	3	31,2*
Memphrémagog	6	20,1*
Estrie	42	(-) 23,2
Reste du Québec	1 287	30,5

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 = C50).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

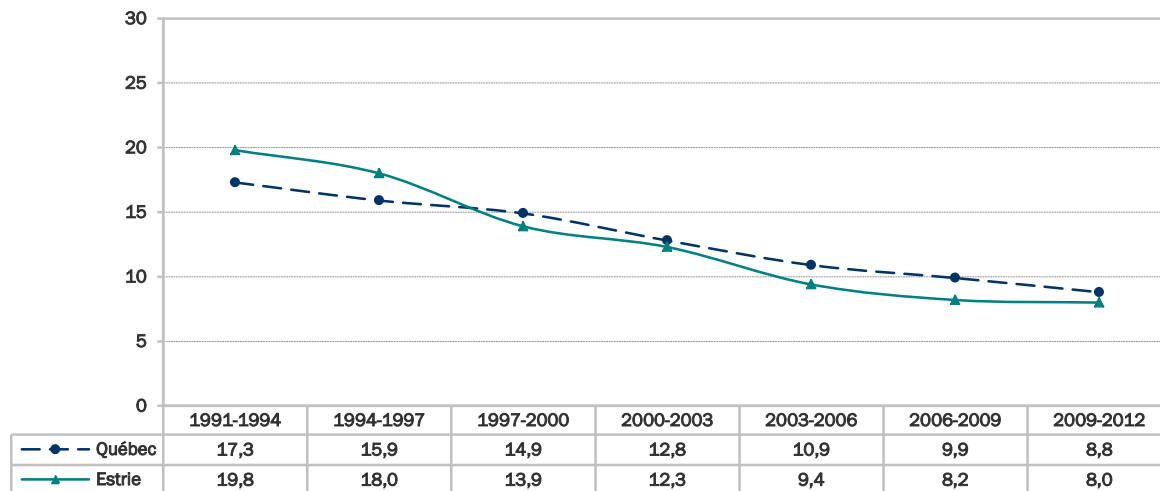
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

- La mortalité par cancer du sein est à la baisse en Estrie comme au Québec, entre 1985 et 2009.
- Au cours de la période 2007 à 2009, le taux ajusté de mortalité par cancer du sein en Estrie est inférieur statistiquement à celui du reste du Québec (23 décès pour 100 000 en Estrie comparativement à 30 décès pour 100 000). Le taux significativement inférieur obtenu pour la population de la Ville de Sherbrooke contribue à cette différence.

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 26

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 CA= C50).

Tableau 37

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	8	5,9*
Les Sources	6	6,3*
Le Haut-Saint-François	11	8,9*
Le Val-Saint-François	11	7,2*
Ville de Sherbrooke	71	8,6
Coaticook	9	8,4*
Memphrémagog	25	8,0
Estrie	140	8,0
Reste du Québec	3 840	8,8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34 2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du sein (CIM-10 CA = C50).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 38

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer du sein chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	24	66	2,75
Les Sources	17	45	2,65
Le Haut-Saint-François	32	120	3,75
Le Val-Saint-François	35	210	6,00
Ville de Sherbrooke	214	1 453	6,79
Coaticook	26	207	7,96
Memphrémagog	76	343	4,51
Estrie	424	2 444	5,76
Québec	11 602	64 739	5,60

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeur maligne du sein (CIM-10 CA = C50).

- Le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du sein est à la baisse en Estrie comme au Québec, entre 1991 et 2012.
- Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du sein a été statistiquement comparable à celui des femmes du Québec, et cela, dans tous les territoires de MRC de la région. Dans tous les autres territoires de CSSS de la région, le taux est comparable à celui du Québec.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne du sein chez la femme en Estrie est de 5,8 jours. Au Québec, ce séjour moyen est comparable, soit 5,6 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 2,6 jours (population de la MRC des Sources) à 8 jours (population de la MRC Coaticook).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer du sein chez la femme représente 3,6 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 3,9 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁶

Tableau 39

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Femmes	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	113,46	119,65
	Hors Sherbrooke	113,33	120,38
	Estrie	112,89	120,01
Défavorisation sociale	Sherbrooke	116,06	138,21
	Hors Sherbrooke	(+) 136,55	97,04
	Estrie	122,89	108,26
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	110,64	132,01
	Hors Sherbrooke	136,93	101,11
	Estrie	123,42	116,66

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Dans l'ensemble de l'Estrie, il n'existe pas d'écart statistiquement significatif entre les taux d'incidence du cancer du sein observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux notés dans les milieux plus favorisés (123,4 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 116,7 nouveaux cas).
- Une différence significative est toutefois remarquée entre les populations défavorisées et favorisées en considérant uniquement la défavorisation sociale dans les territoires situés à l'extérieur de Sherbrooke (136,6 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 97 nouveaux cas).

46. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

Tableau 40

Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer du sein chez la femme selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Femmes	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	18,3*	19,7*
	Hors Sherbrooke	24,1	24,1*
	Estrie	22,6	20,6
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(-) 17,2	30,0*
	Hors Sherbrooke	26,0*	24,1
	Estrie	20,1	25,7
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	19,0*	39,7*
	Hors Sherbrooke	23,8*	26,1**
	Estrie	21,6*	32,4*

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 = C50).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux de mortalité du cancer du sein observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux attribués aux milieux plus favorisés (21,6 décès pour 100 000 comparativement à 32,4 décès).
- À Sherbrooke, en tenant compte uniquement de la défavorisation sociale, une différence significative est toutefois remarquée entre les populations défavorisées et favorisées, le taux le plus élevé se retrouvant chez cette dernière (17,2 décès pour 100 000 comparativement à 30 décès).

Note : En raison d'une puissance statistique insuffisante, les données sur l'incidence et la mortalité de cette section n'ont pas été analysées à l'échelle des 66 communautés locales estriennes.

4.4. CANCER COLORECTAL

EN BREF

Tableau 41
Portrait synthétique du cancer colorectal, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	108	69	177
2010	103	127	230
2006 à 2010 (cas observés)			1 141
2006 à 2010 (cas attendus)			1 157
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	↓	=	=
Mortalité (1985-2009)	=	=	=
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	=	=	=
Mortalité (2007-2009)	=	=	=
Hospitalisations (2009-2012)	=	=	+
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Non	Non	Non
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Non
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Non	Oui	Non
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Non
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)			10 557 jours
Séjour moyen (2009-2012)			11,5 jours

- Le cancer colorectal représente le troisième siège de cancer en importance chez les hommes et les femmes.
- Il est l'un des cancers occasionnant le plus grand nombre de jours d'hospitalisations en région.
- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer colorectal est plus important chez les hommes que chez les femmes (85,5 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 54,1 nouveaux cas).

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010.
- Stabilité du taux d'incidence chez les hommes.
- Baisse du taux d'incidence chez les femmes.
- Stabilité du taux de mortalité pour l'ensemble de la population estrienne.

> *Comparaison avec le Québec*

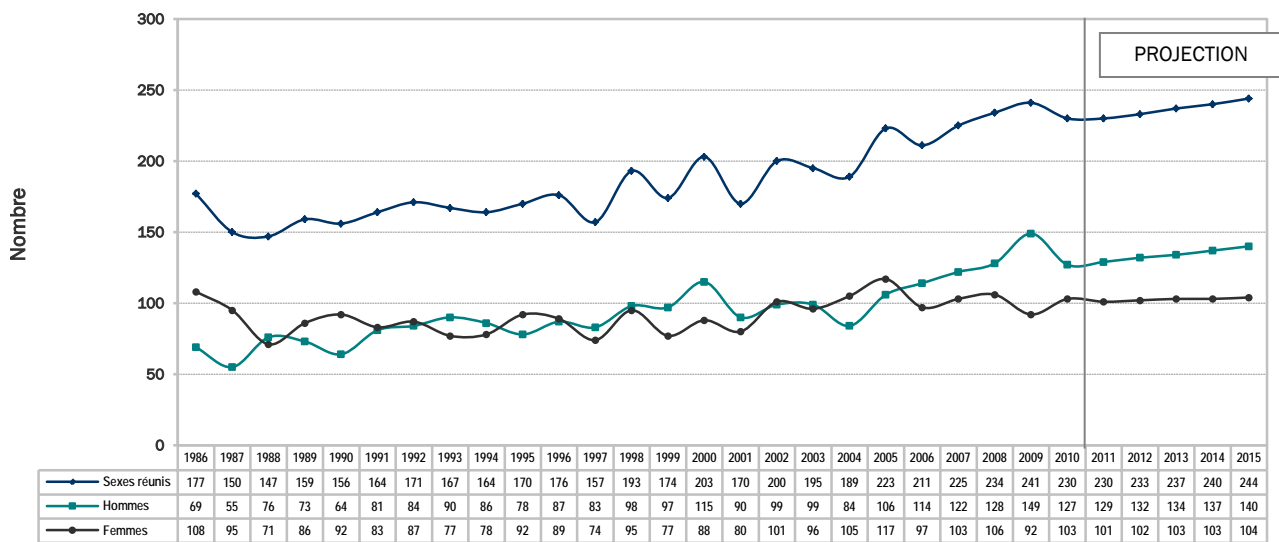
- Taux d'incidence comparable.
- Taux de mortalité comparable.
- Taux d'hospitalisations supérieur.

> Inégalités sociales de santé

- Dans l'ensemble de la population, aucune différence notée, tant sur le plan matériel que sur le plan social.
- Les hommes habitant les territoires les plus défavorisés sur le plan social présentent toutefois des taux d'incidence par cancer colorectaux plus élevés que ceux vivant dans les zones les plus avantagées sur ce plan.

NOUVEAUX CAS

Figure 27
Nombre de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015

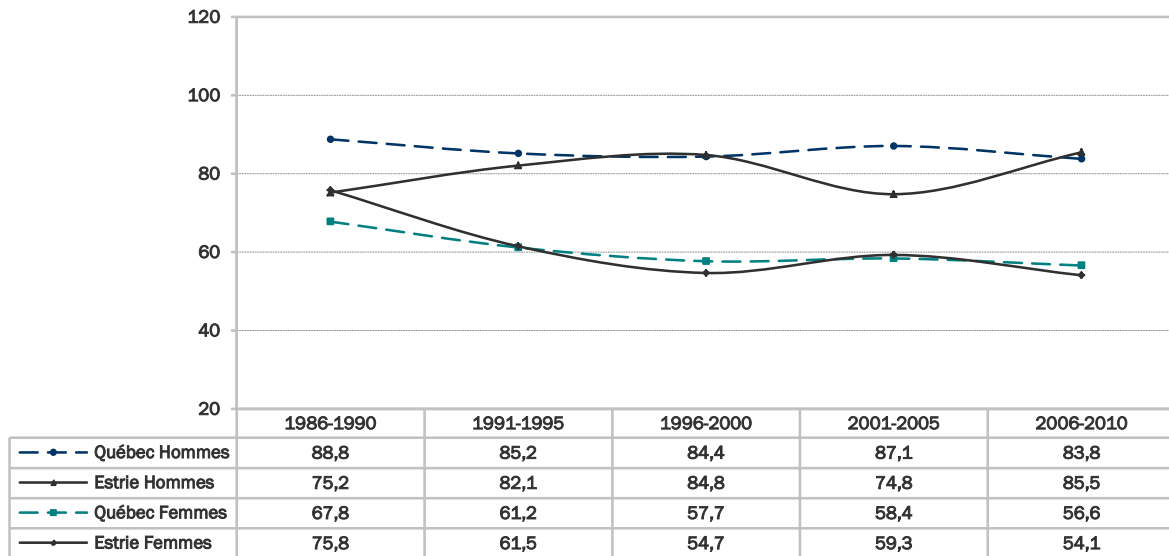


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 28

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 42

Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	10	78,2	7	52,9	17	65,8
Les Sources	8	88,3	4	36,6*	12	61,0
Le Haut-Saint-François	12	108,4	8	64,8	20	86,7
Le Val-Saint-François	11	81,2	10	58,4	21	68,5
Ville de Sherbrooke	60	91,9	50	54,5	110	70,6
Coaticook	7	74,0*	5	51,4*	12	62,9
Memphrémagog	20	71,9	16	53,4	36	62,4
Estrie	128	85,5	100	54,1	228	68,6
Reste du Québec	2 874	83,8	2 429	56,7	5 303	68,7

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 43
Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer colorectal selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	9	1,1	1,1*	14	1,2	1,9*
40 à 49 ans	36	4,6	21,3	59	5,2	26,0
50 à 59 ans	108	13,7	87,9	166	14,5	71,2
60 à 69 ans	189	24,0	166,5	287	25,2	165,7
70 à 79 ans	269	34,1	372,9	324	28,4	323,6
80 ans et +	178	22,6	563,8	291	25,5	448,8
Total Estrie	789	100,0	-	1 141	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 44
Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer colorectal selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	9	14	-5	-	14	13	1	-
40 à 49 ans	36	40	-4	-	59	47	12	-
50 à 59 ans	108	105	3	-	166	159	7	-
60 à 69 ans	189	215	-26	-	287	304	-17	-
70 à 79 ans	269	252	17	-	324	341	-17	-
80 ans et +	178	172	6	-	291	294	-3	-
Total Estrie	789	798	-9	98,9	1 141	1 157	-16	98,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

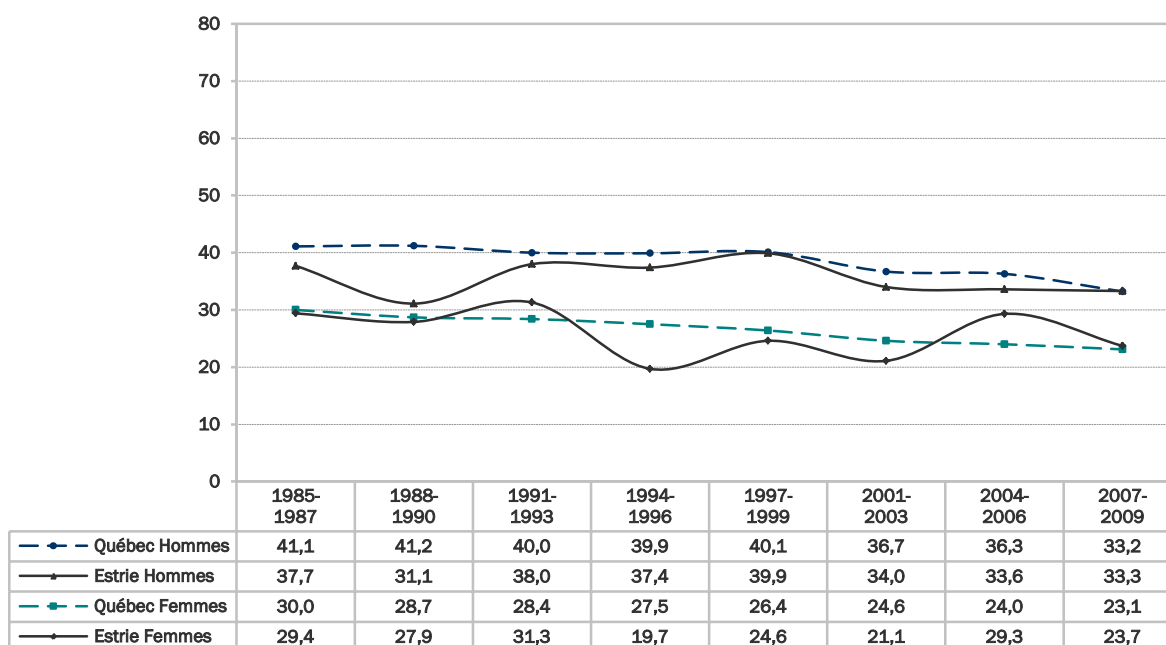
1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

- En Estrie comme au Québec, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer colorectal est en augmentation. À titre d'exemple, on a enregistré 177 nouveaux cas dans la région pour ce type de cancer en 1986, comparativement à 230 nouveaux cas en 2010. Cette progression de nouveaux cas est surtout observée chez les hommes.

- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer colorectal a diminué chez les femmes. À la même période, ce taux a eu tendance à augmenter chez les hommes. Cette hausse n'est toutefois pas statistiquement significative.
- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer colorectal est plus important chez les hommes que chez les femmes (85,5 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 54,1 nouveaux cas).
- De 2006 à 2010, le taux ajusté d'incidence du cancer colorectal de la population de l'Estrie est comparable à celui noté dans l'ensemble du Québec, quels que soient le sexe et le territoire de CSSS.
- De 2006 à 2010, près de 8 nouveaux cas de cancer colorectal sur 10 (79,1 %) sont rapportés parmi la population estrienne âgée de 60 ans ou plus.
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, la population estrienne aurait dû s'attendre à 1 157 nouveaux cas de cancer colorectal. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été comparable, soit 1 141. Le nombre de nouveaux cas observés n'a pas été très différent de celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges.

DÉCÈS

Figure 29
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer colorectal selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 = C18-C21).

Tableau 45
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer colorectal selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	4	28,1*	2	16,2**	6	22,8*
Les Sources	2	24,9**	1	12,0**	4	16,4*
Le Haut-Saint-François	3	24,7**	4	31,1*	7	28,5*
Le Val-Saint-François	4	26,9*	4	24,2*	8	25,3*
Ville de Sherbrooke	24	37,2	25	25,5	49	30,3
Coaticook	4	46,1*	2	20,5**	7	33,2*
Memphrémagog	8	29,3*	7	23,5*	15	26,3
Estrie	48	33,3	46	23,7	94	28,0
Reste du Québec	1 115	33,2	1 016	23,0	2 131	27,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 = C18-C21).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

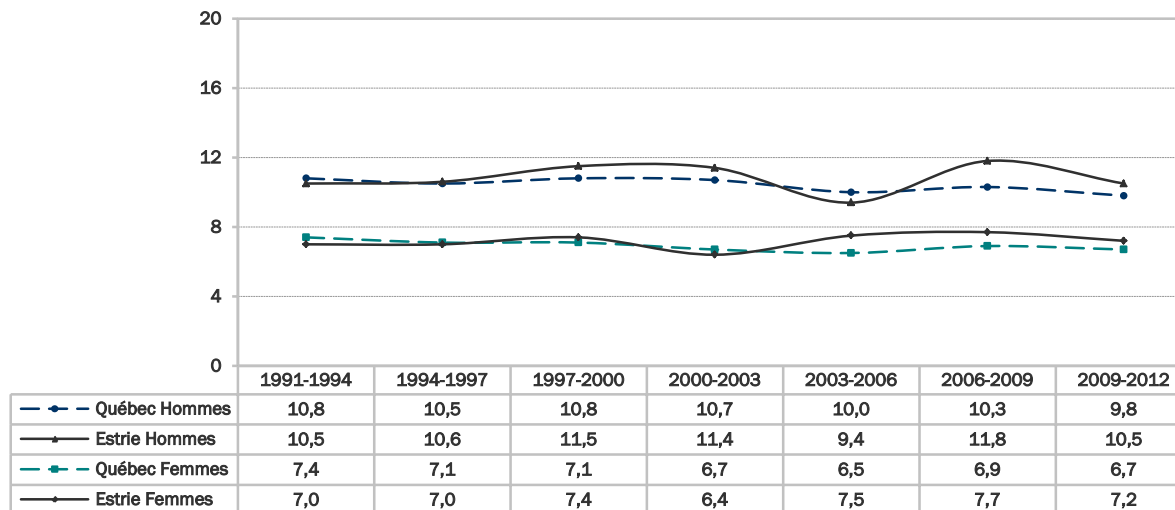
1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

- De 1985 à 2009, le taux ajusté de décès par cancer colorectal a eu tendance à légèrement diminuer au Québec chez les femmes comme chez les hommes. En Estrie, quoique fluctuant, le taux a semblé adopter un comportement assez comparable à celui du Québec.
- En 2007-2009, l'Estrie détient un taux ajusté de décès par cancer colorectal comparable à la donnée provinciale (28 décès pour 100 000 en Estrie comparativement à 27,6 décès pour 100 000). Il en va pareillement dans tous les territoires de CSSS de la région, peu importe le sexe.

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 30

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 CA = C18-C21).

Tableau 46

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	17	12,9	12	9,3	29	(+) 10,9
Les Sources	9	9,6	4	3,4	13	6,4
Le Haut-Saint-François	14	11,6	10	8,5	24	10,1
Le Val-Saint-François	18	11,7	12	7,0	29	9,3
Ville de Sherbrooke	77	10,8	66	7,2	144	8,8
Coaticook	8	8,3	5	4,2	13	6,1
Memphrémagog	26	9,0	27	8,2	53	8,4
Estrie	169	10,5	136	7,2	306	(+) 8,7
Reste du Québec	3 755	9,8	3 117	6,7	6 872	8,1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 CA = C18-C21).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 47

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer colorectal en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	88	872	9,91
Les Sources	39	319	8,18
Le Haut-Saint-François	73	877	12,01
Le Val-Saint-François	88	1 352	15,36
Ville de Sherbrooke	431	5 096	11,82
Coaticook	39	441	11,31
Memphrémagog	159	1 600	10,06
Estrie	917	10 557	11,51
Québec	20 616	264 983	12,94

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 CA = C18-C21).

- De 1991 à 2012, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour cancer colorectal est en augmentation en Estrie chez les deux sexes. Cependant, le taux ajusté est relativement stable, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer colorectal de l'Estrie est légèrement supérieur à celui du Québec. Le CSSS du Granit est le seul territoire administratif qui présente un taux ajusté statistiquement plus important que le taux provincial.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne colorectale en Estrie est de 11,5 jours. Au Québec, ce séjour moyen est légèrement plus élevé, soit 12,9 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 8,2 jours (population de la MRC des Sources) à 15,4 jours (population de la MRC du Val-Saint-François).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer colorectal représente 15,6 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 15,8 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁷

Tableau 48

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer colorectal selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	93,64	102,50	47,34	52,55	67,14	73,93
	Hors Sherbrooke	(+) 81,81	54,62	53,54	51,46	66,79	53,10
	Estrie	84,25	84,87	51,95	52,68	66,80	67,18
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(+) 103,07	71,89	49,22	69,10	71,02	70,43
	Hors Sherbrooke	82,52	72,96	51,22	46,82	65,57	59,85
	Estrie	(+) 94,87	72,03	50,17	51,82	69,10	61,94
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	102,96	85,89	(-) 46,79	88,21	69,50	87,32
	Hors Sherbrooke	95,38	63,86	52,95	51,69	71,99	57,99
	Estrie	97,90	72,15	50,31	66,82	70,69	69,78

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Dans l'ensemble de l'Estrie, il n'existe pas d'écart statistiquement significatif entre les taux d'incidence du cancer colorectal observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux notés dans les milieux plus favorisés (70,7 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 69,8 nouveaux cas).
- Chez les hommes, des différences significatives sont toutefois remarquées entre les populations défavorisées et favorisées à Sherbrooke lorsqu'on considère exclusivement la défavorisation sociale (103,1 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 71,9 nouveaux cas), et à l'extérieur du territoire sherbrookoïse lorsque la défavorisation matérielle est prise en compte uniquement (81,8 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 54,6 nouveaux cas).

47. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

Tableau 49

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer colorectal selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	35,7*	38,9	17,9*	22,5	25,5	28,7
	Hors Sherbrooke	30,9	26,4*	23,3	29,2*	26,8	27,9
	Estrie	31,9	34,6	21,8	24,0	26,4	28,5
Défavorisation sociale	Sherbrooke	35,5	37,2*	(-) 20,8	35,8*	26,5	36,4
	Hors Sherbrooke	30,4*	28,3	(+) 33,6	18,8	31,9	23,5
	Estrie	33,4	30,1	25,0	22,7	28,3	26,4
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	35,1*	22,7**	(-) 17,8*	42,0*	25,4*	31,7*
	Hors Sherbrooke	30,6*	26,6*	34,2*	26,4**	32,3	26,6*
	Estrie	32,6	24,3*	25,7	32,8*	28,7	28,5*

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne colorectale (CIM-9 = 153-154; CIM-10 = C18-C21).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux de mortalité du cancer colorectal observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux attribués aux milieux plus favorisés (28,7 décès pour 100 000 comparativement à 28,5 décès).
- Chez les femmes, en considérant uniquement la défavorisation sociale, des différences significatives sont toutefois remarquées entre les populations défavorisées et favorisées à Sherbrooke (20,8 décès pour 100 000 comparativement à 35,8 décès) et à l'extérieur de la ville sherbrookoise (33,6 décès pour 100 000 comparativement à 18,8 décès).

Note : En raison d'une puissance statistique insuffisante, les données sur l'incidence et la mortalité de cette section n'ont pas été analysées à l'échelle des 66 communautés locales estriennes.

4.5. CANCER DE LA PROSTATE

EN BREF

Tableau 50
Portrait synthétique du cancer de la prostate, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	S.O.	130	S.O.
2010	S.O.	195	S.O.
2006 à 2010 (cas observés)	S.O.	960	S.O.
2006 à 2010 (cas attendus)	S.O.	927	S.O.
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	S.O.	= ↓(Tendance)	S.O.
Mortalité (1985-2009)	S.O.	↓	S.O.
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	S.O.	=	S.O.
Mortalité (2007-2009)	S.O.	=	S.O.
Hospitalisations (2009-2012)	S.O.	=	S.O.
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	S.O.	Non	S.O.
Mortalité (2007-2009)	S.O.	Non	S.O.
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	S.O.	Non	S.O.
Mortalité (2007-2009)	S.O.	Non	S.O.
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)	S.O.	2 251 jours	S.O.
Séjour moyen (2009-2012)	S.O.	4,6 jours	S.O.

- Le cancer de la prostate est le principal siège de cancer chez les hommes.

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010.
- Tendance à la baisse du taux d'incidence (baisse non statistiquement significative).
- Baisse du taux de mortalité.

> *Comparaison avec le Québec*

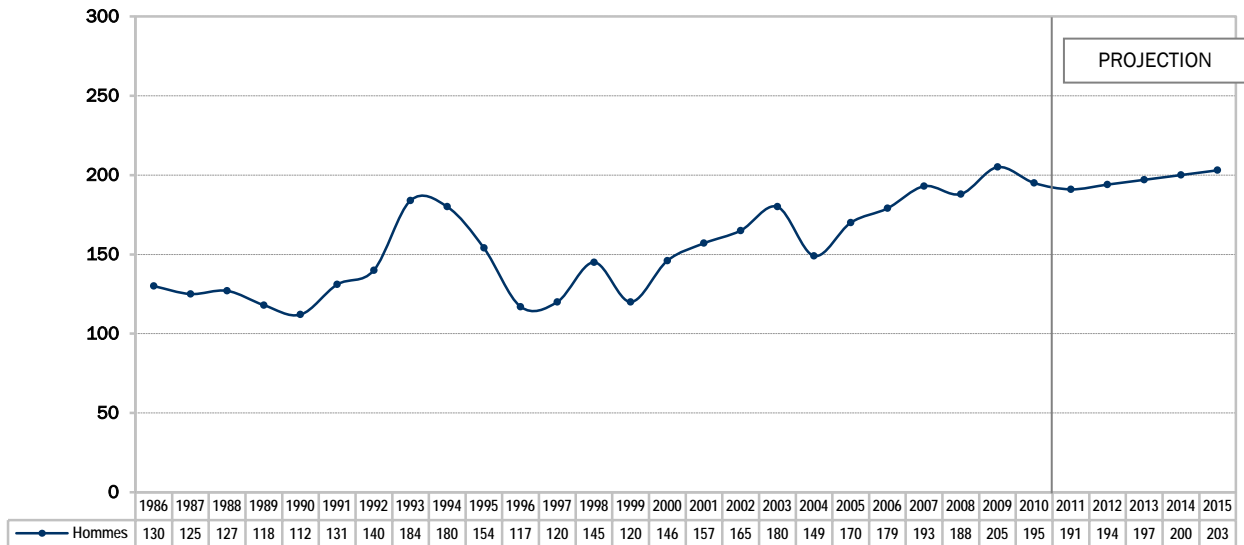
- Taux d'incidence comparable.
- Taux de mortalité comparable.
- Taux d'hospitalisations comparable.

> *Inégalités sociales de santé*

- Aucune différence notée dans l'ensemble de la région, tant sur le plan matériel que sur le plan social.

NOUVEAUX CAS

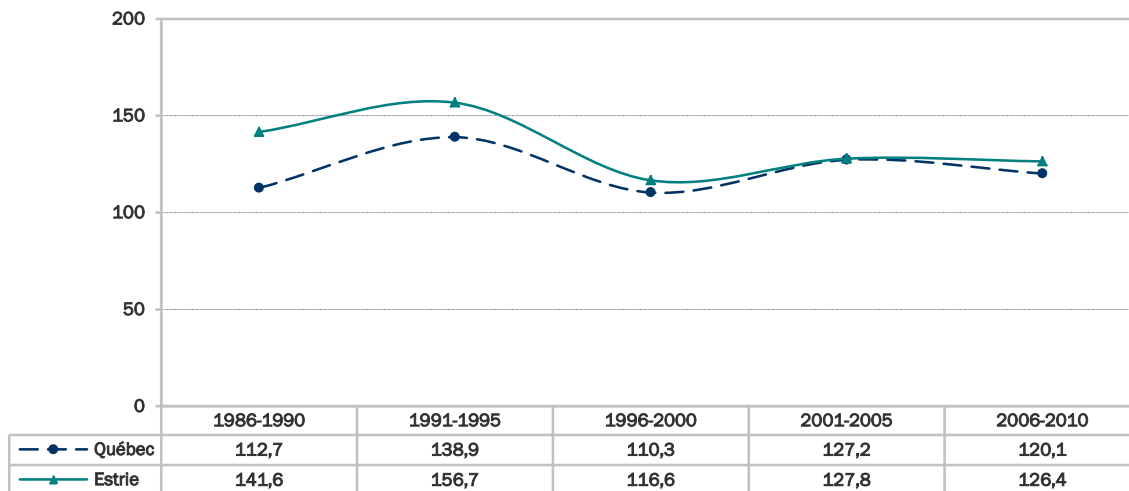
Figure 31
Nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 32
Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la prostate, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 51
Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la prostate, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	16	127,2
Les Sources	15	(+) 166,7
Le Haut-Saint-François	17	(+) 149,0
Le Val-Saint-François	21	144,4
Ville de Sherbrooke	79	119,4
Coaticook	10	106,4
Memphrémagog	33	118,4
Estrie	192	126,4
Reste du Québec	4 186	119,8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140,9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 52
Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la prostate selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	1	0,2	0,2**	0	0,0	0,0**
40 à 49 ans	4	0,7	4,7**	11	1,1	9,6*
50 à 59 ans	34	5,6	57,2*	165	17,2	142,7
60 à 69 ans	181	29,6	(+) 350,9	395	41,1	463,8
70 à 79 ans	257	42,0	(+) 852,5	221	23,0	481,4
80 ans et +	135	22,1	1 288,3	168	17,5	764,4
Total Estrie	612	100,0	-	960	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : Prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 53

Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer de la prostate selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	1	0	1	-	0	0	0	-
40 à 49 ans	4	2	2	-	11	14	-3	-
50 à 59 ans	34	25	9	-	165	163	2	-
60 à 69 ans	181	131	50	-	395	377	18	-
70 à 79 ans	257	206	51	-	221	212	9	-
80 ans et +	135	118	17	-	168	161	7	-
Total Estrie	612	483	129	(+) 126,7	960	927	33	103,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

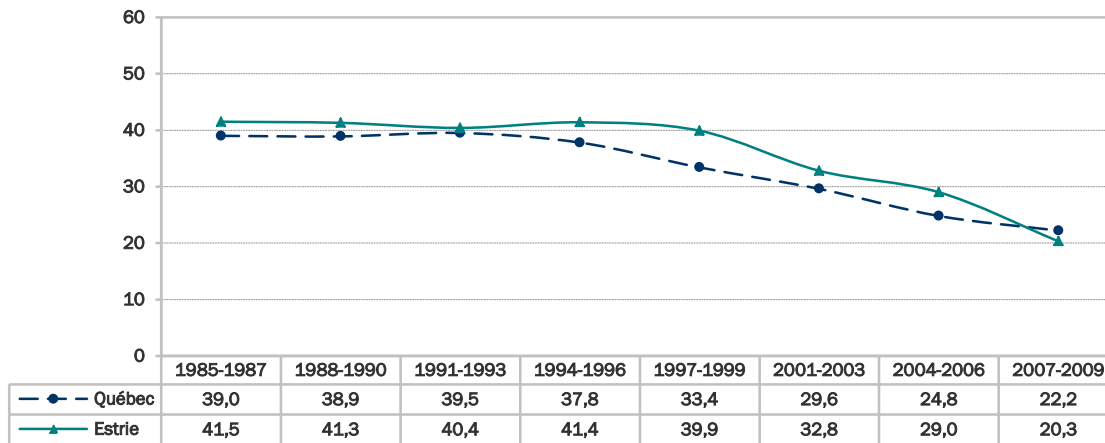
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

- Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer de la prostate est en hausse en Estrie et au Québec. On a rapporté 130 nouveaux cas en Estrie pour ce type de cancer en 1986, comparativement à 195 nouveaux cas en 2010.
- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la prostate a eu tendance à diminuer, bien que cette baisse ne soit pas statistiquement significative (142 à 126 nouveaux cas pour 100 000). Durant la même période, on a enregistré une hausse de ces taux à l'échelle provinciale (113 à 120 nouveaux cas pour 100 000).
- Le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la prostate en Estrie ne diffère pas significativement de celui du reste du Québec en 2006-2010 (126 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 120 nouveaux cas). Tous les territoires de CSSS de la région affichent un taux ajusté comparable à celui du reste du Québec, sauf le CSSS des Sources (166 nouveaux cas pour 100 000) et le CSSS du Haut-Saint-François (149 nouveaux cas pour 100 000) où le taux est supérieur au reste du Québec.
- De 2006 à 2010, un peu plus de 8 nouveaux cas sur 10 (81,6 %) touchent les hommes âgés de 60 ans ou plus.
- Entre 1986 et 2010, la part des nouveaux cas de cancer de la prostate enregistrée chez la population âgée de 60 à 69 ans, parmi l'ensemble des nouveaux cas détectés à l'échelle régionale pour ce type de cancer, est passée de 29,6 % à 41,1 %. De 2006 à 2010, le taux d'incidence enregistré en Estrie chez les hommes âgés de 60 à 69 ans est toutefois statistiquement comparable au taux provincial (464 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 441 nouveaux cas au Québec).
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, les hommes de la région auraient dû s'attendre à 927 nouveaux cas de cancer de la prostate. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été légèrement plus élevé, soit 960. Le nombre de nouveaux cas observés a été sensiblement comparable à celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges.

DÉCÈS

Figure 33
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la prostate, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 = C61).

Tableau 54
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la prostate, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	1	8,2**
Les Sources	2	24,9**
Le Haut-Saint-François	3	25,7**
Le Val-Saint-François	3	21,8**
Ville de Sherbrooke	13	20,6
Coaticook	2	22,6**
Memphrémagog	5	19,4*
Estrie	28	20,3
Reste du Québec	708	22,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 = C61).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

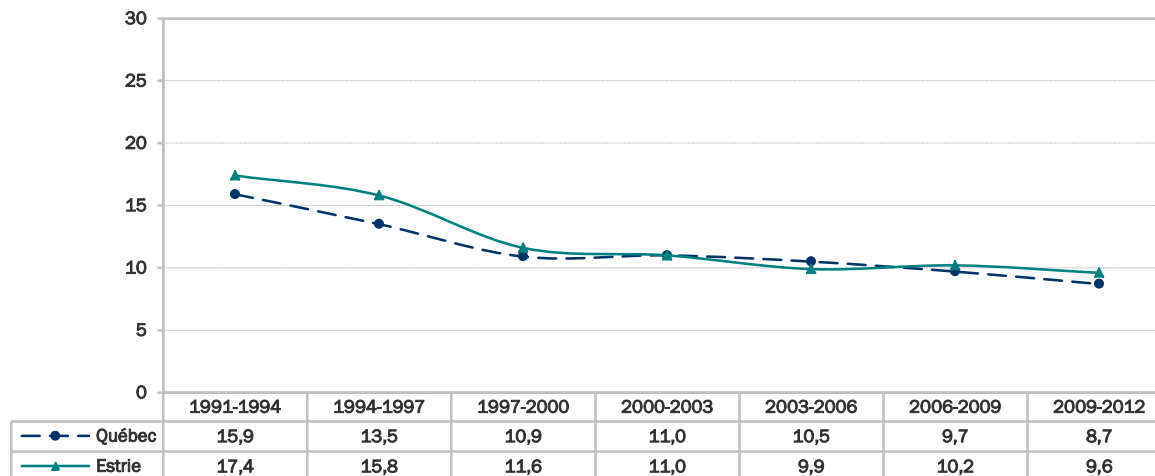
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

- De 1985 à 2009, le taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate est à la baisse en Estrie comme au Québec.
- En 2007-2009, le taux ajusté de décès par cancer de la prostate en Estrie et dans ses territoires de CSSS est statistiquement comparable à celui noté dans le reste de la province.

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 34

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 CA = C61).

Tableau 55

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	15	10,3
Les Sources	11	11,4*
Le Haut-Saint-François	17	(+) 13,7
Le Val-Saint-François	15	9,0
Ville de Sherbrooke	71	9,8
Coaticook	9	8,3*
Memphrémagog	24	7,0
Estrie	162	9,6
Reste du Québec	3 458	8,7

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-10 CA = C61).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 56

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la prostate en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	45	229	5,09
Les Sources	34	151	4,44
Le Haut-Saint-François	52	341	6,56
Le Val-Saint-François	45	155	3,44
Ville de Sherbrooke	214	1 046	4,89
Coaticook	26	87	3,35
Memphrémagog	71	242	3,41
Estrie	487	2 251	4,62
Québec	10 374	64 435	6,23

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-10 CA = C61).

- En Estrie comme au Québec, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la prostate a connu une baisse au cours des années 1990. Depuis le début des années 2000, ce taux est demeuré à peu près stable.
- Au cours de la période 2009 à 2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la prostate, relevé en Estrie et dans la plupart de ses territoires de CSSS, est comparable à celui de la province. Seule la population du CSSS du Haut-Saint-François présente un taux statistiquement supérieur à la moyenne provinciale.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne de la prostate en Estrie est de 4,6 jours. Au Québec, ce séjour moyen est plus élevé, soit 6,2 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 3,3 jours (population de la MRC de Coaticook) à 6,6 jours (population de la MRC du Haut-Saint-François).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer de la prostate représente 3,3 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 3,8 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁸

Tableau 57

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la prostate selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	115,86	134,63
	Hors Sherbrooke	130,82	118,81
	Estrie	127,16	128,55
Défavorisation sociale	Sherbrooke	116,18	108,66
	Hors Sherbrooke	124,57	123,99
	Estrie	118,14	119,94
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	94,27	112,19
	Hors Sherbrooke	120,92	108,14
	Estrie	107,73	108,56

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, il n'existe pas d'écart statistiquement significatif entre les taux d'incidence du cancer de la prostate observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux associés aux milieux plus favorisés (107,7 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 108,6 nouveaux cas).

48. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

Tableau 58

Taux ajusté (100 00) de décès du cancer de la prostate selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	21,4*	27,8*
	Hors Sherbrooke	20,8	15,9*
	Estrie	20,7	23,5
Défavorisation sociale	Sherbrooke	20,5*	32,5*
	Hors Sherbrooke	23,2*	14,5*
	Estrie	21,8	18,5
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	22,6*	33,9**
	Hors Sherbrooke	21,1*	20,7**
	Estrie	21,6*	26,4*

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne de la prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 = C61).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Dans la région, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux de mortalité du cancer de la prostate observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux attribués aux milieux plus favorisés (21,6 décès pour 100 000 comparativement à 26,4 décès).

Note : En raison d'une puissance statistique insuffisante, les données sur l'incidence et la mortalité de cette section n'ont pas été analysées à l'échelle des 66 communautés locales estriennes.

4.6. CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)

EN BREF

Tableau 59
Portrait synthétique du cancer de la peau, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	6	2	8
2010	36	18	54
2006 à 2010 (cas observés)			202
2006 à 2010 (cas attendus)			148
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	↑	=	↑
Mortalité (1985-2009)	=	=	=
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	+	=	+
Mortalité (2007-2009)	=	=	=
Hospitalisations (2009-2012)	=	=	=
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Non	Non	Non
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Oui
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Non	Non	Oui
Mortalité (2007-2009)	Non	Non	Non
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)			484 jours
Séjour moyen (2009-2012)			13,1 jours

- Entre 2006 et 2010, on a recensé en Estrie une quarantaine de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) en moyenne annuellement. Il ne s'agit donc pas d'un des sièges de cancers les plus fréquents sur le territoire.
- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau est statistiquement comparable entre les hommes et les femmes (12,3 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 13,1 nouveaux cas).

> *Évolution temporelle*

- Augmentation du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Augmentation statistiquement significative du taux d'incidence chez les femmes.
- Stabilité du taux de mortalité pour l'ensemble de la population estrienne.

➤ Comparaison avec le Québec

- Taux d'incidence supérieur pour la population féminine, mais non statistiquement significative pour la population masculine.
- En se basant sur la tendance québécoise, on aurait dû s'attendre à 148 nouveaux cas entre 2006 et 2010. Dans les faits, ce nombre de cas a été plus élevé, soit 202. Cet excès de nouveaux cas observés totalise donc 54 cas, soit environ 11 par année en moyenne. Le nombre de nouveaux cas observés a été supérieur à celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges, principalement entre 40 et 79 ans.
- Taux de mortalité comparable.
- Taux d'hospitalisations comparable.

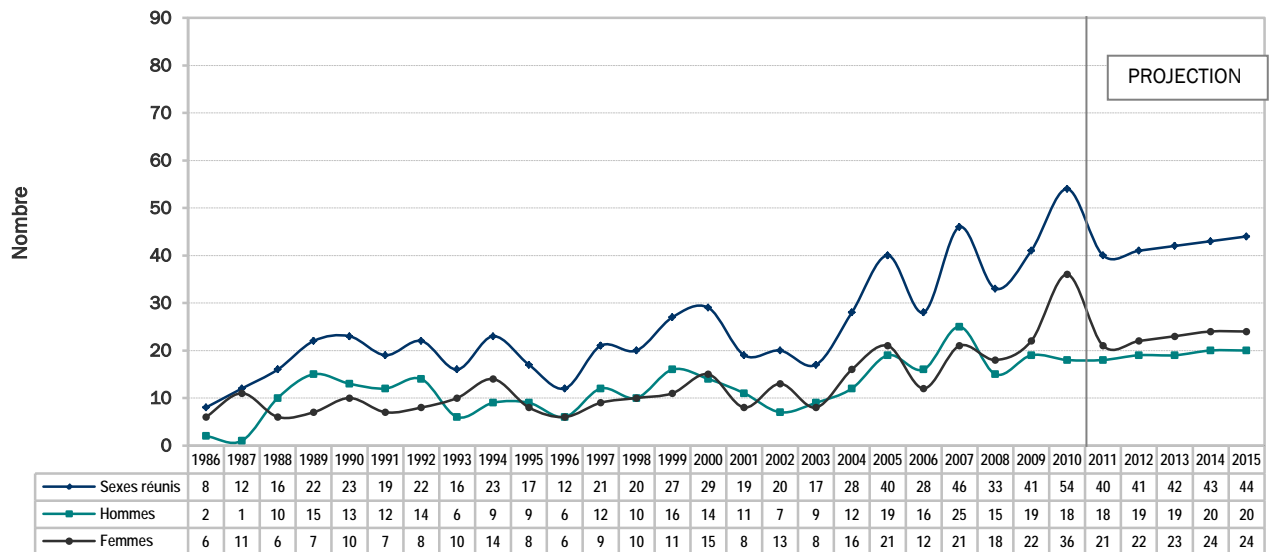
➤ Inégalités sociales de santé

- Les groupes vivant dans les zones les plus défavorisées sur le plan social présentent toutefois des taux d'incidence par cancer de la peau moins importants que ceux habitant dans les territoires les plus avantagés sur ce plan. Ce phénomène est noté plus particulièrement à Sherbrooke.

NOUVEAUX CAS

Figure 35

Nombre de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015

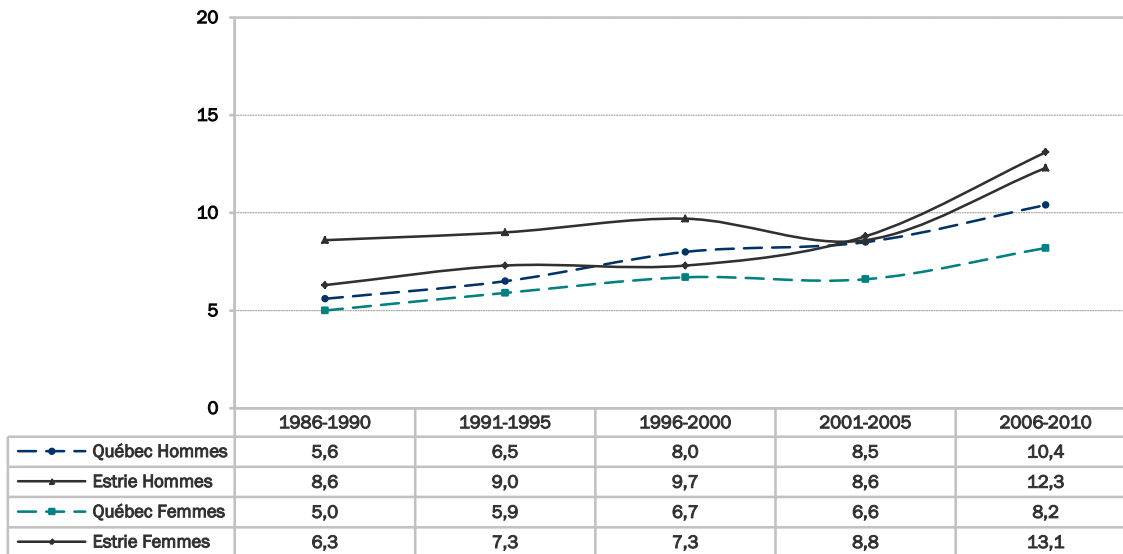


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 36

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

Tableau 60

Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	1	6,4**	1	11,0**	2	8,2*
Les Sources	2	17,8**	1	16,1**	3	(+) 16,6*
Le Haut-Saint-François	2	15,4**	2	15,3**	4	(+) 15,1*
Le Val-Saint-François	3	17,3*	2	12,7*	5	(+) 14,9
Ville de Sherbrooke	7	10,5*	9	10,8	16	10,7
Coaticook	1	15,0**	1	5,8**	2	10,6*
Memphrémagog	3	13,0*	6	(+) 22,4*	9	(+) 17,6
Estrie	19	12,3	22	(+) 13,1	40	(+) 12,6
Reste du Québec	368	10,4	318	8,0	686	9,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 61
Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	19	23,5	2,3*	19	9,4	2,6*
40 à 49 ans	12	14,8	7,1*	32	15,8	(+) 4,1*
50 à 59 ans	13	16,0	10,6*	44	21,8	(+) 18,9
60 à 69 ans	11	13,6	9,7*	45	22,3	26
70 à 79 ans	12	14,8	16,6*	43	21,3	(+) 42,9
80 ans et +	14	17,3	(+) 44,3*	19	9,4	29,3*
Total Estrie	81	100,0	-	202	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 62
Nouveaux cas attendus et observés de cancer de la peau selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	19	14	5	-	19	17	2	-
40 à 49 ans	12	10	2	-	32	20	12	-
50 à 59 ans	13	10	3	-	44	29	15	-
60 à 69 ans	11	10	1	-	45	36	9	-
70 à 79 ans	12	10	2	-	43	28	15	-
80 ans et +	14	4	10	-	19	18	1	-
Total Estrie	81	59	22	(+) 136,7	202	148	54	(+) 136,9

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

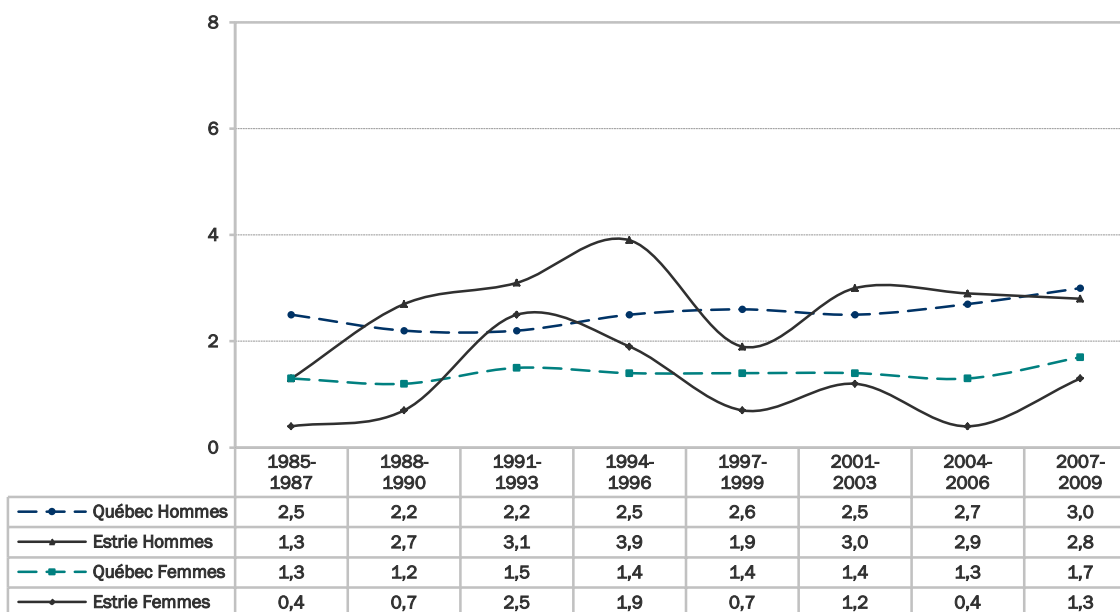
1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

- Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer de la peau est en hausse en Estrie et au Québec, tant chez les hommes que chez les femmes. On a relevé 8 nouveaux cas en Estrie pour ce type de cancer en 1986, comparativement à 54 nouveaux cas en 2010.

- Entre 1986 et 2010, le taux ajusté d'incidence du cancer de la peau a augmenté en Estrie et au Québec.
- Le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau en Estrie diffère significativement de celui du Québec en 2006-2010 (12,6 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 9 nouveaux cas). Le taux d'incidence des femmes de la région pour ce type de cancer est plus important que celui de l'ensemble des Québécoises (13 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 8 nouveaux cas).
- De 1986 à 2010, le taux ajusté de nouveaux cas de cancer de la peau est statistiquement comparable entre les hommes et les femmes (12,3 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 13,1 nouveaux cas pour la période 2006-2010).
- Les territoires des CSSS des Sources, du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François et de Memphrémagog affichent, en 2006-2010, un taux d'incidence du cancer de la peau supérieur à celui du reste du Québec.
- De 2006 à 2010, les populations âgées de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans et de 70 à 79 ans présentent un taux d'incidence plus élevé que la cohorte correspondante à l'échelle provinciale.
- Entre 1986 et 2010, la part des nouveaux cas de cancer de la peau enregistrée chez la population âgée de plus de 50 ans, parmi l'ensemble des nouveaux cas détectés à l'échelle régionale pour ce type de cancer, est passée de 44,4 % à 65,4 %.
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, la population estrienne aurait dû s'attendre à 148 nouveaux cas de cancer de la peau. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été supérieur, soit 202. Cet excès de nouveaux cas observés totalise donc 54 cas, soit environ 11 par année en moyenne. Le nombre de nouveaux cas observés a été supérieur à celui des cas attendus dans la plupart des groupes d'âges, principalement entre 40 et 79 ans.

DÉCÈS

Figure 37
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-9 = 172; CIM-10 = C43).

Tableau 63

Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer de la peau (mélanome) selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	1	5,0**	0	0,0**	1	2,5**
Les Sources	0	3,7**	0	0,0**	0	1,7**
Le Haut-Saint-François	0	0,0**	0	0,0**	0	0,0**
Le Val-Saint-François	0	2,4**	0	1,9**	1	2,5**
Ville de Sherbrooke	2	2,4**	1	1,7**	3	2,0**
Coaticook	0	0,0**	0	0,0**	0	0,0**
Memphrémagog	1	5,1**	1	2,1**	2	3,5**
Estrie	4	2,8*	2	1,3**	7	2,0*
Reste du Québec	105	3,0	73	1,7	178	2,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-9 = 172; CIM-10 = C43).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

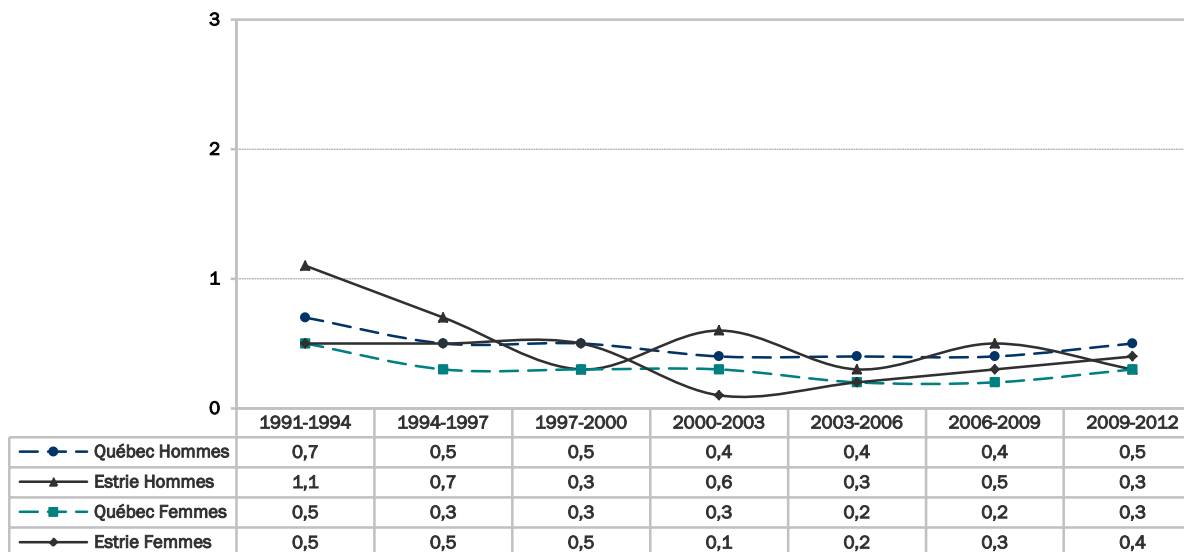
1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

- De 1985 à 2009, le taux ajusté de décès par cancer de la peau sur le territoire estrien est demeuré relativement stable, peu importe le sexe.
- En 2007-2009, le taux ajusté de décès par cancer de la peau en Estrie et dans ses territoires de CSSS se compare statistiquement à celui enregistré dans le reste de la province (2 décès pour 100 000 en Estrie comparativement à 2,3 décès au Québec).

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 38

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée selon le sexe, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-9 = 172; CIM-10 = C43).

Tableau 64

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée selon le sexe, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hommes Nombre	Hommes Taux pour 100 000	Femmes Nombre	Femmes Taux pour 100 000	Total Nombre ¹	Total Taux pour 100 000
Le Granit	1	0,5**	2	(+) 1,4**	3	(+) 1,0**
Les Sources	1	0,7**	0	0,3**	1	0,5**
Le Haut-Saint-François	0	0,4**	0	0,0**	0	0,2
Le Val-Saint-François	1	0,4**	1	0,7**	2	0,6**
Ville de Sherbrooke	2	0,3**	3	0,3**	5	0,3*
Coaticook	1	0,6**	0	0,0**	1	0,3**
Memphrémagog	0	0,2**	0	0,1**	1	0,1**
Estrie	5	0,3*	7	0,4*	12	0,4
Reste du Québec	179	0,5	112	0,3	291	0,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-10 CA = C43).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. Le total ne correspond pas toujours à la somme des cas obtenus chez les hommes et les femmes en raison de l'arrondissement des nombres et de l'absence d'information sur le sexe dans certains enregistrements.

Tableau 65

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer de la peau (mélanome) en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	8	72	9,00
Les Sources	3	52	17,33
Le Haut-Saint-François	1	1	1,00
Le Val-Saint-François	6	40	6,67
Ville de Sherbrooke	15	233	15,53
Coaticook	2	20	10,00
Memphrémagog	2	66	33,00
Estrie	37	484	13,08
Québec	872	7 430	8,52

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-10 CA = C43).

- De 1991 à 2012, le taux ajusté d'hospitalisations par cancer de la peau est demeuré relativement stable sur le territoire estrien comme à l'échelle provinciale, et cela, peu importe le sexe.
- De 2009 à 2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer de la peau relevé en Estrie est comparable à celui du Québec, tant chez les hommes que chez les femmes.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne de la peau en Estrie est de 13,1 jours. Au Québec, ce séjour moyen est moins élevé, soit 8,5 jours. Sur le territoire estrien, cette mesure varie de 1 jour (population de la MRC du Haut-Saint-François) à 33 jours (population de la MRC de Memphrémagog).
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer de la peau représente 0,7 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 0,4 %.

SOUS L'ANGLE DE LA DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE⁴⁹

Tableau 66

Taux ajusté (100 000) de nouveaux cas de cancer de la peau (mélanome) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2006-2010

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	6,27**	10,42*	8,10**	10,78*	7,25*	10,80*
	Hors Sherbrooke	12,69*	14,02*	11,40*	18,59*	11,90	16,31*
	Estrie	11,19	11,72*	10,57	12,72*	10,75	12,26
Défavorisation sociale	Sherbrooke	(-) 6,17*	22,16*	9,36*	17,61*	(-) 8,06*	19,94*
	Hors Sherbrooke	15,47*	11,04*	11,98*	14,58*	13,77*	12,65
	Estrie	9,22*	14,11	10,28*	15,16	(-) 9,92	14,54
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	5,28**	16,89**	9,34**	18,69**	7,44*	17,75*
	Hors Sherbrooke	14,32**	16,32**	13,19**	18,46**	13,85*	17,41*
	Estrie	9,80*	17,02*	11,34*	16,69*	10,65*	16,97*

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-0-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- En Estrie, il n'existe pas d'écart statistiquement significatif entre les taux d'incidence du cancer de la peau observés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux associés aux milieux plus favorisés (10,6 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 17 nouveaux cas).
- Les groupes vivant dans les zones les plus défavorisées sur le plan social présentent toutefois des taux d'incidence par cancer de la peau moins importants que ceux habitant dans les territoires les plus avantagés sur ce plan. Ce phénomène est noté plus particulièrement à Sherbrooke (8,1 nouveaux cas pour 100 000 comparativement à 19,9 nouveaux cas).

49. Voir la section [Les inégalités sociales de santé](#) dans les notes méthodologiques, pages 6 à 8.

Tableau 67

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer de la peau (mélanome) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2005-2009

Dimension de défavorisation	Territoire de résidence	Hommes		Femmes		Total	
		Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²	Population défavorisée ¹	Population favorisée ²
Défavorisation matérielle	Sherbrooke	1,2**	4,3**	0,0**	1,7**	0,6**	2,8**
	Hors Sherbrooke	1,2**	2,3**	1,0**	2,8**	1,1**	2,6**
	Estrie	1,2**	3,6**	0,8**	1,9**	(-) 1,0*	2,7**
Défavorisation sociale	Sherbrooke	1,8**	5,6**	0,9**	1,3**	1,3**	3,4**
	Hors Sherbrooke	(+) 5,8**	1,3**	0,6**	1,1**	3,0**	1,2**
	Estrie	3,0**	2,5**	0,8**	1,2**	1,8*	1,9*
Défavorisation matérielle et sociale	Sherbrooke	1,7**	9,5**	0,0**	2,7**	0,8**	6,3**
	Hors Sherbrooke	1,3**	2,0**	0,0**	0,0**	0,5**	1,0**
	Estrie	1,7**	5,6**	0,0**	1,2**	0,7**	3,4**

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur mélanome malin de la peau (CIM-9 = 172; CIM-10 = C43).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui de la population favorisée, au seuil de signification de 5 %.

1. La population défavorisée fait référence au quatrième et au cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.
2. La population favorisée fait référence au premier et au deuxième quintile de l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Robert Pampalon à l'Institut national de santé publique du Québec.

- Dans la région, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux de mortalité du cancer de la peau enregistrés dans les territoires les plus défavorisés, à la fois sur les plans matériel et social, et ceux attribués aux milieux plus favorisés (0,7 décès pour 100 000 comparativement à 3,4 décès).

À L'ÉCHELLE DES 66 COMMUNAUTÉS ESTRIENNES

Tableau 68

Taux ajusté d'incidence du cancer de la peau (mélanome) pour les communautés locales¹ estriennes se distinguant statistiquement du taux provincial, 2004-2010 (7 ans)

Communauté Locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC des Sources						
Asbestos	1,9	(+) 23,0*	(+) 23,4*	D	D	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	1,6	(+) 23,7*	-	D	E	Oui
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Laurentie (C-29)	1,0	(+) 23,8**	-	A	D	Non
MRC de Memphrémagog						
Massawippi	1,9	(+) 27,3*	-	B	B	Non
Nord de Magog	1,4	(+) 31,9*	-	C	D	Non
Southière	0,9	(+) 27,4**	-	A	D	Non

> La version intégrale de ce tableau, incluant l'ensemble des communautés de l'Estrie, se retrouve en annexe de ce document.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

- Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
- A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
- L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
- L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
- Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
- À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

> Sexes réunis

- Six des 66 communautés locales présentent un taux d'incidence du cancer de la peau plus important que celui attribué à l'ensemble de la population québécoise :
 - > Asbestos (MRC des Sources)
 - > Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16) (Sherbrooke - Arrondissement du Mont-Bellevue)
 - > Laurentie (C-29) (Sherbrooke - Arrondissement de Jacques-Cartier)
 - > Massawippi (MRC de Memphrémagog)
 - > Nord de Magog (MRC de Memphrémagog)
 - > Southière (MRC de Memphrémagog)
- Un de ces six territoires se retrouve parmi les quatorze communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social) :
 - > Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)

4.7. CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

EN BREF

Tableau 69
Portrait synthétique du cancer du col de l'utérus, Estrie, 1986 à 2012

	Femmes	Hommes	Total
1) Nombre de nouveaux cas			
1986	20	S.O.	S.O.
2010	16	S.O.	S.O.
2006 à 2010 (cas observés)	63	S.O.	S.O.
2006 à 2010 (cas attendus)	61	S.O.	S.O.
2) Évolution temporelle			
Incidence (1986-2010)	↓	S.O.	S.O.
Mortalité (1985-2009)	=	S.O.	S.O.
3) Comparaison avec le Québec			
Incidence (2006-2010)	=	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	=	S.O.	S.O.
Hospitalisations (2009-2012)	=	S.O.	S.O.
4) Inégalités sociales de santé (défavorisation matérielle)			
Incidence (2006-2010)	Non	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	Non	S.O.	S.O.
5) Inégalités sociales de santé (défavorisation sociale)			
Incidence (2006-2010)	Non	S.O.	S.O.
Mortalité (2007-2009)	Non	S.O.	S.O.
6) Hospitalisations (soins physiques de courte durée)			
Séjour total (2009-2012)	286 jours	S.O.	S.O.
Séjour moyen (2009-2012)	7 jours	S.O.	S.O.

- Entre 2006 et 2010, on a rapporté une douzaine de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus chez les femmes en moyenne annuellement. Par conséquent, il ne s'agit pas d'un des sièges de cancer les plus fréquent dans la région.

> Évolution temporelle

- Diminution du nombre de nouveaux cas de 1986 à 2010.
- Baisse du taux d'incidence.
- Stabilité du taux de mortalité.

> Comparaison avec le Québec

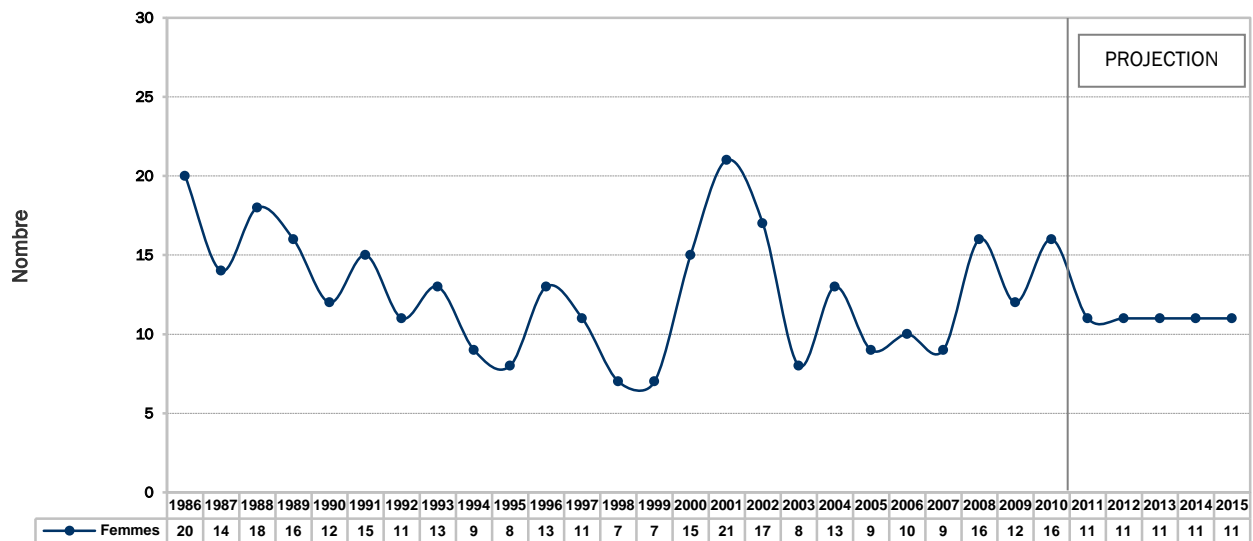
- Taux d'incidence comparable.
- Taux de mortalité comparable.
- Taux d'hospitalisations comparable.

> Inégalités sociales de santé

- Aucune différence notée dans l'ensemble de la région, tant sur le plan matériel que sur le plan social.

NOUVEAUX CAS

Figure 39
Nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, Estrie, 1986 à 2010 et projection 2011 à 2015

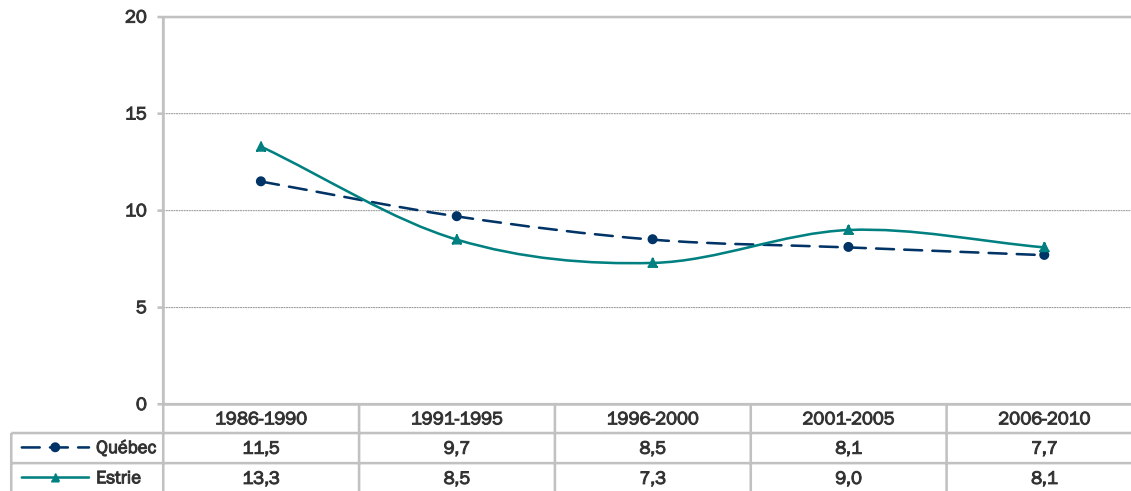


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992). À partir de 2011, le nombre projeté a été estimé avec l'équation linéaire $y = a + b(x)$.

Figure 40

Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Tableau 70

Nombre annuel moyen et taux ajusté de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2006-2010

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	0	1,6**
Les Sources	1	8,7**
Le Haut-Saint-François	1	11,3**
Le Val-Saint-François	1	4,1**
Ville de Sherbrooke	7	8,9*
Coaticook	1	5,9**
Memphrémagog	2	9,9*
Estrie	13	8,1
Reste du Québec	296	7,7

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 71

Nombre total et taux de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus selon le groupe d'âge, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990			2006 à 2010		
	Nombre	%	Taux brut / 100 000	Nombre	%	Taux brut / 100 000
0 à 39 ans	13	16,3	3,2*	17	27,0	4,8*
40 à 49 ans	13	16,3	15,4*	14	22,2	12,4*
50 à 59 ans	17	21,3	(+) 26,8*	9	14,3	7,7*
60 à 69 ans	13	16,3	21,0*	11	17,5	12,5*
70 à 79 ans	13	16,3	31,0*	5	7,9	9,2**
80 ans et +	11	13,8	(+) 52,2*	7	11,1	16,3**
Total Estrie	80	100,0	-	63	100,0	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 72

Nombre de nouveaux cas attendus et observés de cancer du col de l'utérus selon le groupe d'âge et indice comparatif d'incidence, Estrie, 1986-1990 et 2006-2010

Groupe d'âge	1986 à 1990				2006 à 2010			
	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)	Cas observés	Cas attendus	Écart	Indice comparatif d'incidence ¹ (ICI)
0 à 39 ans	13	20	-7	-	17	14	3	-
40 à 49 ans	13	12	1	-	14	15	-1	-
50 à 59 ans	17	9	8	-	9	12	-3	-
60 à 69 ans	13	14	-1	-	11	9	2	-
70 à 79 ans	13	10	3	-	5	5	0	-
80 ans et +	11	6	5	-	7	6	1	-
Total Estrie	80	72	8	111,5	63	61	2	103,2

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à la province de Québec, au seuil de signification de 5 %.

1. L'indice comparatif d'incidence (standardisation indirecte) est obtenu en appliquant les taux par âge de la population de référence (le Québec) à la distribution par âge de la population étudiée. Cette procédure reflète ce que le taux brut de la population de référence serait si elle avait la même distribution par âge que la population étudiée. L'indice comparatif d'incidence est obtenu en divisant le nombre de nouveaux cas observés de la population étudiée, au numérateur, par le nombre de nouveaux cas attendus de la population de référence ajustée selon la structure d'âge de la population étudiée.

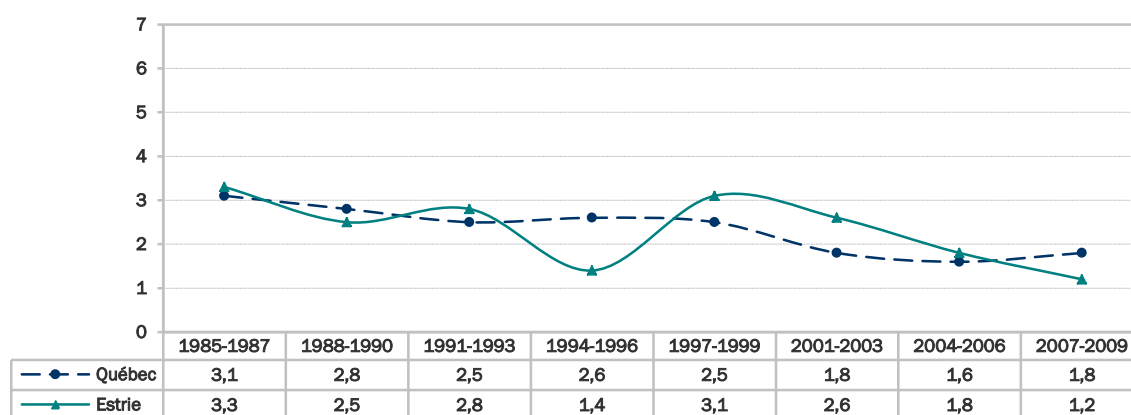
- Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus est en baisse en Estrie et au Québec. On a relevé 20 nouveaux cas en Estrie pour ce type de cancer en 1986, comparativement à 16 nouveaux cas en 2010.
- Entre 1986 et 2010, le taux ajusté d'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué sur le territoire estrien et à l'échelle provinciale.

- Le taux ajusté de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en Estrie est comparable à celui du Québec en 2006-2010 (8,1 nouveaux cas pour 100 000 en Estrie comparativement à 7,7 nouveaux cas pour 100 000).
- Entre 1986 et 2010, la part des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus enregistrée chez les femmes âgées de moins de 50 ans, parmi l'ensemble des nouveaux cas détectés en Estrie pour ce type de cancer, est passée de 32,6 % à 49,2 %. De 2006 à 2010, le taux d'incidence enregistré chez les Estriennes âgées de moins de 50 ans est toutefois statistiquement comparable au taux provincial (ex. : 12,4 nouveaux cas pour 100 000 chez les femmes âgées de 40 à 49 ans comparativement à 13,5 nouveaux cas au Québec).
- De 2006 à 2010, avec un taux d'incidence comparable à celui du Québec, la population féminine estrienne aurait dû s'attendre à 61 nouveaux cas de cancer de l'utérus. En fait, durant cette même période, le nombre de cas dénombrés a été presque identique, soit 63.

DÉCÈS

Figure 41

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer du col de l'utérus, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2007-2009



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-9 = 180; CIM-10 = C53).

Tableau 73

Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du col de l'utérus, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2007-2009

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	0	0,0**
Les Sources	0	0,0**
Le Haut-Saint-François	0	3,8**
Le Val-Saint-François	0	0,0**
Ville de Sherbrooke	1	1,6**
Coaticook	0	0,0**
Memphrémagog	0	1,2**
Estrie	2	1,2**
Reste du Québec	74	1,8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-9 = 180; CIM-10 = C53).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

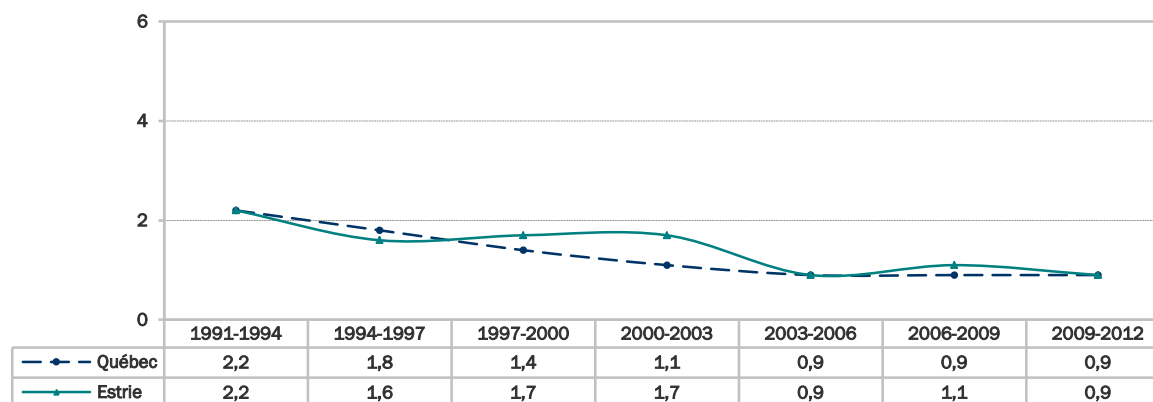
(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

- De 1985 à 2009, le taux ajusté de décès par cancer du col de l'utérus sur le territoire estrien est demeuré relativement stable.
- En 2007-2009, le taux ajusté de décès par cancer du col de l'utérus en Estrie et dans ses territoires de CSSS se compare statistiquement à celui enregistré dans le reste de la province.

ADMISSIONS HOSPITALIÈRES (SOINS DE COURTE DURÉE)

Figure 42

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus en soins physiques de courte durée, Estrie et Québec, 1991-1994 à 2009-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-9 = 180; CIM-10 CA= C53).

Tableau 74

Nombre annuel moyen et taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Nombre	Taux pour 100 000
Le Granit	0	0,0**
Les Sources	1	0,7**
Le Haut-Saint-François	0	0,3**
Le Val-Saint-François	1	0,6**
Ville de Sherbrooke	8	1,0*
Coaticook	0	0,4**
Memphrémagog	4	1,3*
Estrie	14	0,9
Reste du Québec	346	0,9

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Note : Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-10 CA= C53).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Tableau 75

Séjour moyen et séjour total d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus chez la femme en soins physiques de courte durée, par territoire de CSSS, Estrie et Québec, 2009-2012

Territoire	Hospitalisations Total (nombre)	Hospitalisations Séjour total (journées)	Hospitalisations Séjour moyen (journées)
Le Granit	0	0	0,00
Les Sources	2	14	7,00
Le Haut-Saint-François	1	5	5,00
Le Val-Saint-François	3	8	2,67
Ville de Sherbrooke	23	189	8,22
Coaticook	1	3	3,00
Memphrémagog	11	67	6,09
Estrie	41	286	6,98
Québec	1 037	8 575	8,46

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Note : Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-10 CA= C53).

- Le nombre d'hospitalisations des femmes pour cancer du col de l'utérus est très faible (quatorze admissions en moyenne annuellement).
- De 1991 à 2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus a diminué sur le territoire estrien comme à l'échelle provinciale.
- Durant la période 2009 à 2012, le taux ajusté d'hospitalisations pour cancer du col de l'utérus relevé en Estrie est équivalent à celui du Québec.
- De 2009-2010 à 2011-2012, le séjour moyen à l'hôpital pour une tumeur maligne du col de l'utérus en Estrie est de 7 jours. Au Québec, ce séjour moyen est un peu plus élevé, soit 8,5 jours.
- Entre 2009-2010 et 2011-2012, le séjour total d'admissions hospitalières pour cancer du col de l'utérus représente 0,4 % de toutes les journées d'hospitalisations enregistrées en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes chez la population estrienne (donnée non présentée). Au Québec, cette proportion est de 0,5 %.

Note : En raison d'une puissance statistique insuffisante, les données sur l'incidence et la mortalité de cette section n'ont pas été analysées sous l'angle de la défavorisation sociale et matérielle ainsi qu'à l'échelle des 66 communautés locales estriennes.

5. ACTIVITÉS RÉGIONALES EN LIEN AVEC LA PRÉVENTION DU CANCER

Diverses stratégies impliquent une mobilisation des acteurs locaux, régionaux, voire parfois provinciaux, et ce, dans une collaboration sectorielle et intersectorielle. Voici, en bref, certaines des programmations permettant d'illustrer les interventions réalisées ces dernières années sur le territoire estrien en regard des saines habitudes de vie et des comportements sains et sécuritaires.

Tel que présenté à la section 3, il est globalement possible de réduire le risque de cancer grâce à l'adoption de mesures efficaces dont, notamment⁵⁰ :

- Éliminer le tabagisme.
- Consommer beaucoup de fruits et de légumes, maintenir un poids santé et faire de l'activité physique.
- Réduire la consommation d'alcool, le risque de cancer augmentant avec la quantité d'alcool consommée.
- Réduire l'exposition prolongée au soleil et éviter d'utiliser les lits de bronzage et les lampes solaires. Lors d'exposition au soleil, se protéger contre les rayons ultraviolets (exemple : port de vêtements longs).
- Éviter de s'exposer à des infections et à des agents cancérogènes dans l'environnement (exemple : le radon) ou le milieu de travail (exemple : les produits chimiques industriels). Réduire le risque de certaines infections associé au cancer par la vaccination (exemple : les virus du papillome humain (VPH)).

Selon le Programme québécois de lutte contre le cancer, les interventions de santé publique en matière de lutte contre le cancer doivent se caractériser par⁵¹ :

- Des actions s'adressant à la fois à la population en général dans son contexte de vie quotidienne et à des groupes bien ciblés.
- Une approche multifactorielle, c'est-à-dire constituée d'un ensemble d'actions complémentaires permettant d'agir sur les facteurs qui influencent favorablement la santé.
- Des stratégies et activités de sensibilisation et de mobilisation cherchant à accroître les connaissances pertinentes des personnes et favorisant l'acquisition d'attitudes et de comportements favorables au maintien d'une bonne santé.
- Des interventions adaptées aux conditions et aux milieux de vie.
- Une alliance de partenaires de différents secteurs (de l'éducation, de l'environnement, du milieu municipal, etc.).
- Une adhésion aux politiques publiques favorables à la santé.

Des exemples de programmes et d'interventions de la Direction de santé publique de l'Estrie en matière de lutte contre le cancer sont présentés dans cette section. Il est à noter que les activités en lien avec les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires se retrouvent dans une programmation élargie s'adressant aux maladies chroniques (le cancer étant considéré comme une de ces maladies).

5.1. PROGRAMME INTÉGRÉ 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION combine diverses stratégies cliniques, éducatives et environnementales sous l'axe de l'adoption et du maintien de saines habitudes de vie, en faisant la promotion du non-tabagisme, d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif. Les actions ciblent tant

50. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Prévention du cancer*, [En ligne] <http://www.who.int/cancer/prevention/fr/> (consulté le 5 septembre 2014).

51. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Le Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif sur le cancer, 1997, p. 69.

les individus et les groupes vulnérables que la population. Outre les pratiques cliniques préventives (notamment sous la forme de counseling), les interventions se déroulent principalement dans les milieux suivants : santé, scolaire, municipal et associatif, centres de la petite enfance (CPE) et travail. Le plan d'action se déploie avec la participation active d'instances de concertation sectorielles (comités directeurs des programmes de l'Agence, Département régional de médecine générale de l'Agence, Sous-comité régional 0-5-30 avec les gestionnaires des CSSS), qu'intersectorielles (Québec en Forme, Conférence régionale des élus de l'Estrie, Observatoire estrien du développement des communautés, Comité régional estrien du Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie (PAG-SHV), Comité de soutien PAG-SHV, Table régionale sur les arrimages en milieu scolaire). Signalons, qu'en plus de l'approche éducative et environnementale, nombreuses sont les actions visant le développement des compétences, la participation à des campagnes sociétales, ainsi que la mise en place de politiques publiques et des stratégies de développement des communautés favorables aux saines habitudes de vie.

Par ailleurs, la promotion et la prévention des saines habitudes de vie est une composante importante des programmes visant le développement optimal des tout-petits de 9 mois à 5 ans et leurs familles. Plusieurs collaborations avec les établissements de santé et des partenaires intersectoriels sont instaurées de longue date dans le programme « Initiative Amis des bébés » et dans les services intégrés en périnatalité et en petite enfance visant des familles vulnérables.

Soulignons que le Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION constitue le volet préventif du Programme régional de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Agence. Il s'inscrit également dans le Programme national de santé publique, et il est retenu dans le plan d'action régional et les plans d'action locaux des CSSS. Plusieurs actions préventives sont mises de l'avant telles qu'illustrées dans les volets qui suivent.

> *Alimentation*

Le projet « Bien manger, Bien bouger en Estrie » vise à développer les connaissances et les compétences des intervenants impliqués dans les différentes dimensions de la vie des jeunes (famille, école, communauté), dans le but d'offrir des services adéquats et de créer des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie chez les jeunes estriens âgés de 0 à 17 ans, et ce, autant sur le plan de la saine alimentation que du mode de vie physiquement actif. Le Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie a confié à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie le mandat de développer le volet « Bien manger », alors que le volet « Bien bouger » a été confié au Conseil Sport Loisir de l'Estrie.

Par ailleurs, soulignons que l'implantation de la politique alimentaire en établissement de santé en lien avec le cadre de référence du MSSS fait partie des priorités.

> *Activité physique*

Les milieux municipaux et le milieu scolaire sont à l'honneur. *Ma cour : un monde de plaisir!* est une démarche proposée aux écoles désireuses d'améliorer l'aménagement, l'organisation ou l'animation de la cour d'école. Il est visé de contrer au niveau des écoles primaires la difficulté des jeunes à s'engager dans des jeux extérieurs traditionnels et, de ce fait, lutter contre une augmentation des comportements sédentaires, mais aussi de certains comportements indésirables comme l'intimidation, la violence et l'exclusion qui en découlent. Notons que 65 % des écoles primaires ont adopté ce programme.

Sont également à souligner :

- Un projet visant le développement de compétences des surveillants d'élèves et des éducateurs en services de garde. En 2012-2013, plus de 400 personnes ont été formées.
- La campagne *Plaisirs d'hiver* invitant les écoles et les municipalités à multiplier les occasions de profiter des activités physiques hivernales. Plus de 60 municipalités se mobilisent chaque année pour offrir une centaine d'activités familiales dans les parcs.
- La plateforme *Bouge en Estrie* offrant aux sept territoires de l'Estrie un outil web pour promouvoir l'offre d'activités et les occasions de bouger.

- Un projet de promotion de la randonnée pédestre afin de susciter une plus grande fréquentation des sentiers en Estrie.
- Le programme *Viactive* touchant plus de 180 regroupements de personnes âgées s'activant chaque semaine grâce à l'engagement de nombreux organismes et citoyens bénévoles.
- La promotion du transport actif.

Quant aux interventions préventives dans les services médicaux de première ligne, tout en étant à consolider, il est constaté que :

- 85,7 % des médecins omnipraticiens disent s'informer sur la pratique de l'activité physique et 80 % font du counseling en faveur de l'activité physique.
- 100 % des infirmières disent interroger les patients sur ces deux aspects.

> *Tabagisme*

Le tabagisme entraîne une forte dépendance physique et psychologique et les fumeurs rapportent habituellement plus d'une tentative d'arrêt avant de cesser de fumer définitivement. Afin de mieux soutenir les fumeurs dans leur processus de cessation tabagique, les centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent des services de counseling individuel (intervention brève et intensive) ou de groupe selon les besoins de la clientèle qui les consulte.

Voici une description des services offerts par les CAT :

- Information et soutien à la cessation tabagique.
- Suivi de plusieurs rencontres individuelles (counseling bref et intensif) ou de groupe, selon le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente, et les principes de l'approche motivationnelle et de l'approche au changement de comportement (l'approche C.A.D.E.A.U. développée par Dr Alain Rochon de la Direction de santé publique de l'Estrie).
- Utilisation, par les conseillers des CAT et par les pharmaciens communautaires, de l'ordonnance collective régionale de thérapie de remplacement de la nicotine, afin de faciliter le remboursement de ces aides pharmacologiques par les régimes d'assurances et doubler les taux de succès de l'arrêt tabagique.
- Participation à la promotion des campagnes sociétales, telles que le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*.

En plus des services en cessation tabagique, les intervenants des CAT des CSSS de l'Estrie offrent des actions éducatives, incluant de l'information et du soutien auprès de la clientèle qui souhaite modifier leurs habitudes de vie en alimentation et en activité physique. Ainsi, depuis 2003, en plus des 5 060 interventions de counseling de longue durée offertes en cessation tabagique (en moyenne 725 interventions par an), 5 310 interventions de counseling en alimentation (en moyenne de 760 interventions par an) et 3 450 interventions sur la recommandation en activité physique (en moyenne 500 interventions par an) ont été données à leur clientèle.

Ces intervenants font aussi la promotion des campagnes promotionnelles, comme le *Défi Santé 5/30 Équilibre*, jumelée à des activités de sensibilisation.

En regard des interventions effectuées dans les services médicaux de première ligne, il est constaté que :

- 98,7 % de l'ensemble des omnipraticiens de la région s'informent du statut tabagique de la personne et 95,2 % font du counseling antitabac chez les fumeurs.
- 100 % des infirmières en groupe de médecine familiale (GMF) s'informent du statut tabagique et 72,8 % font du counseling antitabac chez les fumeurs.

> *Alcool*

Les actions réalisées dans ce secteur peuvent se rattacher au programme Alcochoix+. Il s'agit d'un programme de prévention s'adressant aux femmes et aux hommes de plus de 18 ans, préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes.

Le programme Alcochoix+ propose une démarche qui s'adapte aux besoins de la personne. Il est offert en trois formules :

- la formule autonome,
- la formule guidée,
- la formule de groupe.

Par ailleurs, soulignons que dans les services médicaux de première ligne, tout en nécessitant une consolidation des interventions :

- 84,9 % des omnipraticiens de la région recherchent les cas d'abus d'alcool et 78,6 % font du counseling contre l'abus d'alcool.
- 62,5 % des infirmières de GMF recherchent les cas d'abus d'alcool et 53,2 % font du counseling contre l'abus d'alcool.

VERS LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Après plusieurs années d'efforts de promotion de la saine alimentation et l'activité physique à l'aide de campagnes médiatiques et d'interventions éducatives, il existe un consensus auprès des experts en santé publique à l'effet que les actions visant à changer les comportements des individus ne suffisent pas. Le défi est maintenant de rendre les choix sains plus faciles à faire. L'action sur l'environnement est une stratégie d'intervention moins développée en santé publique, mais fort probablement plus structurante et durable. Il s'agit aussi d'une stratégie qui pourrait bénéficier à l'ensemble de la population, incluant les groupes vulnérables, qui sont normalement plus difficiles à rejoindre par des approches individuelles de prévention.

Depuis septembre 2012, des sessions de sensibilisation sont offertes dans plusieurs milieux (ex. : milieu municipal, établissements de santé et de services sociaux, CSSS, etc.) sur le territoire estrien. Une vingtaine de sessions ont eu lieu visant à faciliter l'appropriation d'un vocabulaire commun et d'une compréhension commune de la vision des environnements favorables, de ses principes et de son application dans différents milieux.

DES INTERVENTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Les efforts de promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail ont été renforcés depuis quelques années dans la région de l'Estrie, en lien avec le cadre général proposé par le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Actuellement, les efforts se concentrent sur le transfert des connaissances aux intervenants des CSSS et la sensibilisation des milieux de travail aux meilleures pratiques. Dans quelques milieux de travail, des interventions sont actuellement en cours. Une démarche avec les CSSS a été amorcée pour convenir d'une approche commune dans une perspective environnementale.

5.2. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Avec un taux de participation en 2012-2013 de 63,5 % (Québec : 58,4 %), chaque semaine près de 290 Estriennes passent une mammographie de dépistage et plus de 20 femmes reçoivent un résultat anormal de leur examen. Près de 3 nouveaux cas de cancer sont découverts aux deux semaines dans le cadre du PQDCS. Il est à souligner la participation plus faible de la clientèle anglophone. Soulignons que 95,7 % des médecins omnipraticiens de la région disent recommander la mammographie de dépistage (dont 100 % en GMF) et 45,9 % des infirmières en GMF le font.

Afin de favoriser une meilleure participation des femmes âgées de 50 à 69 ans au PQDCS, l'accent a été mis en 2012-2013 sur l'accessibilité des services par la mise en place d'un nouveau centre de dépistage sur le territoire du Granit. À cette fin, signalons la tenue d'un projet de démonstration d'un centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit, impliquant la participation du MSSS, de l'Institut national de santé publique du Québec, de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, du CSSS du Granit et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Ce projet de démonstration est d'une durée de 3 ans allant du 15 août 2012 au 15 août 2015.

En ce qui concerne, la consolidation de la gamme et de la qualité des services offerts dans le cadre du PQDCS, notons :

- **En regard du soutien psychosocial** : La mise en place, dès le mois d'octobre 2013, d'un service offert aux femmes en attente d'un diagnostic impliquant une collaboration du Centre de coordination des services régionaux du PQDCS, puis au besoin et sur référence, des services sociaux du CSSS du territoire d'appartenance de la femme.
- **En regard du suivi des examens et de la prise en charge médicale des femmes qui le nécessitent** : La mise en place d'un service de prise en charge au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) constitué d'une équipe d'infirmières du Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, sous la responsabilité clinique du coordonnateur médical adjoint du CSSS-IUGS. Une ordonnance collective avec son algorithme décisionnel constituent l'assise de ce nouveau service.

LES PRIORITÉS

Avec le nombre important de femmes qui participent au programme, la consolidation de l'organisation des services du PQDCS s'avère essentielle. Parmi les priorités, citons :

- Évaluer le projet de démonstration du Centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit.
- Réviser et harmoniser la trajectoire clinique quel que soit l'organisation impliquée : centres radiologiques privés, CHUS et CSSS du Granit.
- Réviser et optimiser les services suivants offerts aux femmes qui ont un résultat anormal de leur mammographie :
 - > Assurance d'une prise en charge médicale, notamment dans le cas où elles sont sans médecin de famille;
 - > Assurance d'un soutien psychosocial.
- Promouvoir le PQDCS et favoriser une participation, avec une prise de décision éclairée, des femmes dont l'âge se situe entre 50 à 69 ans.
- Promouvoir le programme auprès des professionnels concernés de la région (exemples : médecins et infirmières de première ligne).
- Consolider les activités d'assurance de la qualité de chacune des organisations : Centre de coordination des services régionaux, laboratoires d'imagerie médicale, CHUS et CSSS du Granit.

5.3. PRÉVENTION DU CANCER DE LA PEAU

Il existe plusieurs actions de santé publique reconnues efficaces pour lutter contre le cancer de la peau. La Direction de santé publique de l'Estrie, en collaboration étroite avec la Société canadienne du cancer, a organisé durant plusieurs années des activités visant tout particulièrement les jeunes.

Pour les enfants de 0 à 5 ans, soulignons les activités d'information en milieu clinique lors des visites postnatales et de vaccination, ainsi qu'auprès des garderies et des centres de la petite enfance afin d'informer les parents et les éducateurs sur les moyens efficaces de protéger les enfants contre les rayons UV.

Pour les enfants de 5 à 12 ans, des interventions en milieu de loisir ont également été organisées, notamment auprès des œuvres de terrain de jeu. Soulignons les activités suivantes :

- Sensibilisation des responsables de chacune des MRC et de la Ville de Sherbrooke en regard des interventions possibles auprès des œuvres de terrain de jeu.
- Formation des coordonnateurs et des moniteurs des terrains de jeu.
- Sollicitation de partenaires (clubs sociaux, pharmacies, etc.). À titre d'exemple, obtention de crème solaire gratuite ou à rabais pour rendre celle-ci accessible aux terrains de jeu.
- Interventions de l'*Escouade Ô soleil* de la Société canadienne du cancer parcourant durant la période estivale les terrains de jeu afin de sensibiliser les moniteurs et les enfants : jeux, chansons (pour créer une routine d'application de crème), etc.

Les ressources humaines disponibles n'ayant pas permis la réalisation de ces activités ces dernières années, une nouvelle programmation avec les acteurs concernés est à prévoir.

Par ailleurs, s'inscrivant dans une initiative provinciale d'adaptation du programme américain *Pool Cool*, une étude a été réalisée dans les installations aquatiques extérieures de Sherbrooke et de Magog. Celle-ci visait à décrire les aménagements, les comportements adoptés par les sauveteurs ainsi que le niveau de connaissance et les attitudes de ceux-ci face aux risques liés à l'exposition au soleil.

Cette étude a mené à plusieurs recommandations visant à sensibiliser les sauveteurs aux mesures de protection solaire ainsi qu'à accroître les aires ombragées. Des représentations auprès des gestionnaires d'installations aquatiques concernés sont prévues pour transmettre les résultats et favoriser la mise en place des recommandations.

En regard des services médicaux de première ligne, un dépistage systématique du cancer de la peau n'est pas recommandé (évidence scientifique insuffisante). Le dépistage effectué par les cliniciens demeure opportuniste chez les personnes à risque.

5.4. CANCERS ET MALADIES INFECTIEUSES

Certaines infections sont directement liées à la survenue de cancer. C'est le cas pour l'infection au virus du papillome humain (VPH) qui est associée principalement aux cancers du col de l'utérus, mais aussi aux cancers de la vulve, du vagin et de l'anus. Par ailleurs, les hépatites chroniques B et C sont associées au cancer du foie.

Différentes mesures ou stratégies sont à considérer afin de prévenir ces infections et en réduire les complications dont les cancers.

Le modèle conceptuel élaboré dans le cadre de l'élaboration et de l'adoption d'un plan d'action régional de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) résume bien toutes les facettes à inclure. Tout en travaillant en concertation et en partenariat, le continuum de services doit notamment impliquer la prévention, le dépistage et le traitement des infections ciblées.

Les activités qui en découlent comprennent : l'éducation sexuelle, la vaccination, l'accès à du matériel (condoms, seringues et matériel d'injection stérile), la récupération de seringues et aiguilles usagées, l'accès au dépistage et au traitement ainsi que des activités de communication. Le plan d'action présentera des priorités régionales en regard des différentes stratégies.

Soulignons qu'en regard des VPH, c'est en employant les quatre moyens suivants qu'on obtient la meilleure protection⁵² :

- La vaccination : le vaccin protège contre les principaux VPH associés au cancer du col de l'utérus (70 % des cas de cancer du col sont causés par les VPH visés par la vaccination), de la vulve, du vagin et de l'anus et aux verrues anales et génitales (ou condylomes).
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La réduction du nombre de partenaires.
- Le port du condom. Il est à souligner que le condom ne couvrant pas la peau autour des organes génitaux, la transmission des VPH demeure possible.

En regard des hépatites, il est recommandé :

- La vaccination contre l'hépatite B.
- Le dépistage des hépatites B et C parmi la clientèle à risque.
- L'accès au traitement pour les personnes atteintes d'hépatite C.
- L'accès au matériel stérile d'injection.
- La récupération de seringues et d'aiguilles usagées.
- L'accès aux condoms et le port du condom (surtout pour l'hépatite B).
- La réduction des comportements à risque.

En Estrie, telles que présentées dans cette section, diverses activités sont mises en place afin de favoriser la vaccination contre les VPH et les hépatites. D'autres visent l'adoption et le maintien d'un comportement sexuel sain et sécuritaire.

VACCINATION CONTRE LES VPH ET L'HÉPATITE B

Le programme d'immunisation du Québec offre la vaccination contre les VPH et contre l'hépatite B.

La vaccination contre certains VPH les plus fréquents est indiquée chez les filles et les femmes de 9 à 45 ans pour la prévention des cancers du col de l'utérus, de la vulve et du vagin. Elle est recommandée chez les garçons de 9 à 26 ans pour le cancer de l'anus liés à ces VPH. De plus, un des deux vaccins disponibles au Québec offre une protection contre les condylomes, infection bénigne causée principalement par deux types de VPH⁵³. Le programme québécois inclut une vaccination gratuite chez les filles de la 4^e année du primaire et demeure gratuit si la vaccination est amorcée avant l'âge de 18 ans ou chez les femmes immunosupprimées jusqu'à 26 ans. Chez les garçons, le vaccin est gratuit seulement chez les immunosupprimés.

52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Vaccination/Maladies/Virus du papillome humain*. [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination> (consulté le 15 septembre 2014).

53. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Vaccination/Vaccins/Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)/Programme de vaccination*, [En ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?id=155.293.0.0.1.0> (consulté le 15 septembre 2014).

Le programme québécois de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez les élèves de la 4^e année du primaire a été lancé en 1994. Depuis, l'infection a presque disparu dans les cohortes vaccinées. En plus des élèves de la 4^e année du primaire, le programme prévoit que la vaccination contre l'hépatite B soit offerte à plusieurs groupes de la population dont, notamment :

- Les nourrissons nés depuis le 1^{er} avril 2013.
- Les personnes plus à risque pour l'infection (ex. : avec plusieurs partenaires sexuels, travailleurs de la santé, etc.) – (pour l'ensemble des indications de vaccination contre l'hépatite B, il faut se référer au Protocole d'immunisation du Québec).

Pour les nourrissons, les activités régionales visent à atteindre des couvertures vaccinales contre l'hépatite B de 95 %. Comme il s'agit d'une nouvelle indication, les données de couvertures ne sont pas encore disponibles.

En milieu scolaire, les activités régionales visent l'atteinte des couvertures vaccinales prévues au Programme de santé publique soit une couverture vaccinale contre les VPH et contre l'hépatite B de 90 % en 4^e année du primaire. Les données pour l'année 2012-2013, indiquent l'atteinte d'une couverture de 80 % pour les VPH en Estrie (78 % pour le Québec) et de 86 % pour l'hépatite B (86 % pour le Québec).

PRÉVENTION DE L'HÉPATITE C

L'hépatite C est une infection qui touche principalement les utilisateurs de drogues injectables. Pour prévenir l'hépatite C, plusieurs activités sont réalisées en région notamment dans le cadre du Programme d'accès au matériel stérile d'injection et d'inhalation par lequel l'ensemble du matériel (seringues, ampoules d'eau, contenant stérile, tampons d'alcool) est remis aux utilisateurs par un des 97 centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) du territoire. L'éducation offerte aux utilisateurs tout comme la remise de matériel se font dans une visée de réduction des méfaits.

Un projet de collecteurs extérieurs est en cours dans la Ville de Sherbrooke afin de faciliter la récupération des seringues et des aiguilles usagées. De plus, des travaux sont en cours afin de faciliter l'accès au dépistage et au traitement des personnes infectées par l'hépatite C.

PROMOTION DE COMPORTEMENTS SEXUELS SAINS ET SÉCURITAIRES

> *Activités en milieu scolaire*

Actuellement il n'y a pas de programme obligatoire d'éducation sexuelle dans les écoles. Certaines activités sont intégrées dans le déploiement de l'Approche école en santé.

> *Activités visant la promotion du port du condom*

Plusieurs activités locales et régionales sont réalisées pour favoriser l'utilisation du condom. L'accès aux condoms est facilité par un approvisionnement gratuit aux organismes communautaires impliqués et par une campagne de communication régionale annuelle qui a, notamment, permis l'installation de distributrices de condoms dans plusieurs milieux fréquentés par des jeunes.

> *Activités de prévention des ITSS auprès de groupes vulnérables*

En Estrie, plusieurs projets de prévention des ITSS sont réalisés par des organismes communautaires et le CSSS-IUGS auprès de groupes plus vulnérables (dont les travailleuses du sexe, les personnes incarcérées et les jeunes de la rue). Ces projets reposent sur l'éducation des personnes et la distribution de matériel de prévention.

> Accès au dépistage

Un support est donné régionalement afin de rendre accessible le dépistage des ITSS (dont les hépatites) auprès des différentes clientèles. À ce titre, une formation de l'Institut national de santé publique du Québec est offerte sur une base annuelle aux infirmières de divers milieux (exemples : GMF, CSSS et cliniques jeunesse) de la région. Plus d'une centaine d'infirmières ont été formées depuis 2010 leur permettant d'intégrer les diverses composantes de la pratique clinique préventive des ITSS. Une mise à jour élaborée régionalement est offerte annuellement aux infirmières ayant reçu cette formation.

5.5. CANCERS ET SANTÉ AU TRAVAIL

La priorité d'intervention des équipes de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) du Québec consiste en l'élaboration d'un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) pour les établissements des groupes prioritaires identifiés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Les composantes d'un PSSE visent :

- L'identification et l'évaluation des risques présents dans l'entreprise.
- L'information et la formation pour les travailleurs et l'employeur (risques présents et leurs conséquences sur la santé, moyens préventifs et mesures de contrôle).
- La surveillance de l'état de santé des travailleurs.
- L'aide à la recherche de solutions et le soutien des milieux de travail dans la gestion des risques.

Ces activités visent ultimement la réduction ou l'élimination à la source des risques. Il n'y a pas de démarche officielle différente pour les contaminants cancérigènes, mais dans la pratique, le pouvoir cancérigène d'un contaminant est un facteur de priorisation. Les principaux contaminants reconnus ou suspectés être cancérigènes ayant fait l'objet d'interventions dans les dernières années en Estrie sont : la silice cristalline, les fumées de caoutchouc, les poussières de bois, l'amiante, les fumées de soudage, le chrome VI, l'acrylonitrile, le benzène et le formaldéhyde.

Notons qu'entre 2005 et 2010, deux importants programmes d'interventions régionaux visant la réduction de l'exposition à des contaminants cancérigènes ont été élaborés et appliqués en collaboration avec la CSST. Le premier visait les poussières de silice cristalline (quartz) dans l'industrie du granit et le second les fumées de caoutchouc dans l'industrie de la transformation du caoutchouc. Il s'agit de deux secteurs d'activités économiques importants dans la région de l'Estrie, employant plus de 4 000 travailleurs. Ces programmes ont amené des améliorations notables des expositions et un suivi est maintenu à l'intérieur des PSSE des entreprises en cause.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2005). *Rapport de l'enquête estrienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves du secondaire*. Direction de santé publique et de l'évaluation, 96 p.
- CARBONNEAU, Michel. (2006). *Portrait sommaire du cancer en Estrie*. Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 55 p.
- CARBONNEAU, Michel. (2007). *Les maladies chroniques en Estrie – Les facteurs de risque*. Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 84 p.
- CARBONNEAU, Michel. (2009) ET COLLABORATEURS. *Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006*, Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 318 p.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (2012). *Cadre de référence régional – Réseau intégré en oncologie/soins palliatifs de l'Estrie*, 129 p.
- CHOINIÈRE, R. et coll. (2007). *La mortalité au Québec en 2001 : Une comparaison internationale*. Unité Études et analyses de l'état de santé de la population, Direction Planification, recherche et innovation, Institut national de santé publique du Québec, 108 p.
- COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2009). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2009*. Toronto : Société canadienne du cancer, 135 p.
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2014). [En ligne], <http://www.ncic.cancer.ca>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*. Gouvernement du Québec, 351 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre québécois du cancer - Statistiques*. [En ligne], <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf>
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2000). *Enquête tabagique dans les écoles secondaires de l'Estrie*, Sherbrooke, Direction de santé publique et de l'évaluation, données non publiées.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer (2013 et années antérieures)*. Toronto (Ontario).
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. [En ligne], <http://www.cancer.ca>
- STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. 2003, 2005 et 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012.



ANNEXES

ANNEXE A

Principaux sièges du cancer selon le sexe et les différents groupes d'âge en Estrie

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers, Estrie, 2004 à 2010

Sièges de cancers	Nombre	Pourcentage
Trachée, bronches et poumon	1 898	15,9 %
Colorectal	1 553	13,0 %
Sein	1 446	12,1 %
Prostate	1 279	10,7 %
Vessie	601	5,0 %
Lymphome non hodgkinien	511	4,3 %
Rein	382	3,2 %
Pancréas	351	2,9 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	348	2,9 %
Leucémies	329	2,8 %
Mélanome de la peau	270	2,3 %
Estomac	220	1,8 %
Thyroïde	218	1,8 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	199	1,7 %
Ovaire	195	1,6 %
Myélome multiple	166	1,4 %
Larynx	102	0,9 %
Foie	97	0,8 %
Oesophage	96	0,8 %
Col de l'utérus	85	0,7 %
Lymphome de Hodgkin	67	0,6 %
Autres	1 525	12,8 %
TOTAL	11 938	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Total = Tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie= 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population féminine, Estrie, 2004 à 2010

Sièges de cancers	Nombre	Pourcentage
Sein	1 438	24,9 %
Trachée, bronches et poumon	782	13,5 %
Colorectal	723	12,5 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	348	6,0 %
Lymphome non hodgkinien	232	4,0 %
Ovaire	195	3,4 %
Vessie	168	2,9 %
Pancréas	161	2,8 %
Thyroïde	157	2,7 %
Rein	148	2,6 %
Mélanome de la peau	146	2,5 %
Leucémies	139	2,4 %
Estomac	92	1,6 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	87	1,5 %
Col de l'utérus	85	1,5 %
Myélome multiple	73	1,3 %
Lymphome de Hodgkin	32	0,6 %
Foie	28	0,5 %
Oesophage	26	0,4 %
Larynx	21	0,4 %
Autres	705	12,2 %
TOTAL	5 786	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population masculine, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Prostate	1 279	20,8 %
Trachée, bronches et poumon	1 116	18,1 %
Colorectal	830	13,5 %
Vessie	433	7,0 %
Lymphome non hodgkinien	279	4,5 %
Rein	234	3,8 %
Pancréas	190	3,1 %
Leucémies	190	3,1 %
Estomac	128	2,1 %
Mélanome de la peau	124	2,0 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	112	1,8 %
Myélome multiple	93	1,5 %
Larynx	81	1,3 %
Oesophage	70	1,1 %
Foie	69	1,1 %
Thyroïde	61	1,0 %
Lymphome de Hodgkin	35	0,6 %
Sein	8	0,1 %
Autres	820	13,3 %
TOTAL	6 152	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 39 ans ou moins, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Thyroïde	56	12,8 %
Sein	44	10,1 %
Lymphome non hodgkinien	35	8,0 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	34	7,8 %
Lymphome de Hodgkin	33	7,6 %
Mélanome de la peau	28	6,4 %
Leucémies	28	6,4 %
Col de l'utérus	20	4,6 %
Rein	19	4,3 %
Colorectal	18	4,1 %
Vessie	8	1,8 %
Ovaire	8	1,8 %
Trachée, bronches et poumon	8	1,8 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	4	0,9 %
Estomac	4	0,9 %
Foie	1	0,2 %
Oesophage	1	0,2 %
Autres	88	20,1 %
TOTAL	437	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 40 à 49 ans, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Sein	206	25,8 %
Trachée, bronches et poumon	94	11,8 %
Colorectal	83	10,4 %
Mélanome de la peau	41	5,1 %
Thyroïde	38	4,8 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	32	4,0 %
Rein	29	3,6 %
Lymphome non hodgkinien	29	3,6 %
Ovaire	23	2,9 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	20	2,5 %
Col de l'utérus	19	2,4 %
Leucémies	19	2,4 %
Vessie	17	2,1 %
Prostate	16	2,0 %
Pancréas	12	1,5 %
Lymphome de Hodgkin	10	1,3 %
Estomac	9	1,1 %
Larynx	6	0,8 %
Myélome multiple	3	0,4 %
Foie	2	0,3 %
Oesophage	1	0,1 %
Autres	89	11,2 %
TOTAL	798	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 50 à 59 ans, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Sein	357	17,4 %
Trachée, bronches et poumon	321	15,6 %
Colorectal	225	10,9 %
Prostate	216	10,5 %
Lymphome non hodgkinien	102	5,0 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	95	4,6 %
Vessie	86	4,2 %
Rein	71	3,5 %
Mélanome de la peau	59	2,9 %
Thyroïde	50	2,4 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	44	2,1 %
Pancréas	43	2,1 %
Ovaire	31	1,5 %
Leucémies	31	1,5 %
Myélome multiple	28	1,4 %
Oesophage	24	1,2 %
Estomac	22	1,1 %
Larynx	19	0,9 %
Foie	18	0,9 %
Col de l'utérus	16	0,8 %
Lymphome de Hodgkin	6	0,3 %
Autres	191	9,3 %
TOTAL	2 055	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 60 à 69 ans, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Trachée, bronches et poumon	561	17,8 %
Prostate	517	16,4 %
Sein	408	13,0 %
Colorectal	372	11,8 %
Vessie	158	5,0 %
Lymphome non hodgkinien	114	3,6 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	97	3,1 %
Pancréas	86	2,7 %
Rein	83	2,6 %
Leucémies	70	2,2 %
Mélanome de la peau	60	1,9 %
Ovaire	57	1,8 %
Thyroïde	41	1,3 %
Estomac	41	1,3 %
Larynx	39	1,2 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	37	1,2 %
Myélome multiple	34	1,1 %
Foie	28	0,9 %
Oesophage	27	0,9 %
Col de l'utérus	11	0,3 %
Lymphome de Hodgkin	11	0,3 %
Autres	293	9,3 %
TOTAL	3 145	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 70 à 79 ans, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Trachée, bronches et poumon	559	19,0 %
Colorectal	451	15,3 %
Prostate	294	10,0 %
Sein	235	8,0 %
Vessie	167	5,7 %
Lymphome non hodgkinien	125	4,2 %
Rein	105	3,6 %
Pancréas	99	3,4 %
Leucémies	93	3,2 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	70	2,4 %
Myélome multiple	62	2,1 %
Estomac	58	2,0 %
Mélanome de la peau	56	1,9 %
Ovaire	42	1,4 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	32	1,1 %
Foie	25	0,8 %
Thyroïde	22	0,7 %
Larynx	22	0,7 %
Oesophage	20	0,7 %
Col de l'utérus	7	0,2 %
Lymphome de Hodgkin	4	0,1 %
Autres	394	13,4 %
TOTAL	2 942	100,0 %

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Principaux sièges de nouveaux cas de cancers parmi la population âgée de 80 ans ou plus, Estrie, 2004 à 2010

Siège de cancers	Nombre	Pourcentage
Colorectal	404	15,8 %
Trachée, bronches et poumon	355	13,9 %
Prostate	236	9,2 %
Sein	196	7,7 %
Vessie	165	6,4 %
Pancréas	111	4,3 %
Lymphome non hodgkinien	106	4,1 %
Leucémies	88	3,4 %
Estomac	86	3,4 %
Rein	75	2,9 %
Corps de l'utérus (incluant partie non précisée)	50	2,0 %
Myélome multiple	39	1,5 %
Ovaire	34	1,3 %
Encéphale et autres parties du système nerveux central	32	1,2 %
Mélanome de la peau	26	1,0 %
Foie	23	0,9 %
Oesophage	23	0,9 %
Larynx	16	0,6 %
Col de l'utérus	12	0,5 %
Thyroïde	11	0,4 %
Lymphome de Hodgkin	3	0,1 %
Autres	470	18,4 %
TOTAL	2 561	100,0 %

Source : MSSH, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013.

Classification des cancers selon les codes de topographie et d'histologie de la CIM-O-3

- > Colorectal (C18 à C20, C26.0) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Trachée, bronches et poumon (C33, C34) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Peau (mélanome) (C44) avec codes histo. (8720 à 8790)
- > Sein (C50) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Col de l'utérus (C53) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Prostate (C61) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Vessie (C67) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Rein (C64, C65) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Pancréas (C25) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Corps de l'utérus (incluant partie non précisée) (C54, C55) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Thyroïde (C73) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Estomac (C16) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Oesophage (C15) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Encéphale et autres parties du système nerveux central (C70-C72) avec histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Ovaire (C56) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Foie (C22.0) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Larynx (C32) avec codes histo. (Tous sauf 9050-9055, 9140 et 9590-9992)
- > Myélome multiple (C00-C80 et histo=9731, 9732, 9734)
- > Leucémies (C00-C80 et histo=9733, 9742, 9800-9801, 9805, 9820, 9826, 9831-9837, 9840, 9860-9861, 9863, 9866-9867, 9870-9876, 9891, 9895-9897, 9910, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964) ou (C42.0, C42.1, C42.4 et codes histo. = 9823, 9827)
- > Lymphome de Hodgkin (C00-C80 et histo= 9650-9667)
- > Lymphome non hodgkinien (C00-C80 et histo= 9590-9596, 9670-9719, 9727-9729) ou (C00-C80 sauf C42.0, C42.1, C42.4 et codes histo. =9823, 9827)
- > Autres = Tous les autres sièges de cancers
- > Total = Tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies) et (C44 et histologie= 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992)

ANNEXE B

Synthèse : Cancers, habitudes de vie et facteurs de risque

Abréviations et symboles :

ND = Données non disponible

NS = Écart non significative

(-) = Valeur significative plus faible que la valeur du reste du Québec au seuil de 0,01 (0,05 lorsqu'indiqué dans le titre de la colonne)

(+) = Valeur significative plus élevée que la valeur du reste du Québec au seuil de 0,01 (0,05 lorsqu'indiqué dans le titre de la colonne)

Analyse des inégalités sociales de santé (ISS) :

Le ratio présenté est : quintile le plus défavorisé/quintile le plus favorisé, sauf indication contraire.

Lorsque disponible, la mesure individuelle du revenu est préconisée (ex. : lorsque le revenu est demandé aux répondants d'une enquête). Sinon, les mesures écologiques des indices de défavorisation matérielle et sociale (Pampalon, 2006, basé sur les aires de diffusion) peuvent être utilisées lorsque le code postal de l'individu est connu.

Principales sources de données :

a : Enquête québécoise sur la santé des population (EQSP) 2008

b : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2011-2012

c : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaires (EQSJS) 2010-2011

d : Enquête québécois sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012

e : Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) 2010-2011

f : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

g : Fichier des tumeurs, analyses régionales

h : Étude de la prévalence des problématiques de santé environnementale à l'échelle des communautés en Estrie, Programme de subvention en santé publique (PSSP) – Santé environnementale, 2011.

i : Fichier des décès

j : Fichier Med-ECHO

k : Fichier des naissances

l : Recensement 2011

m : Enquête nationale des ménages 2011

n : Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006

o : I-CLSC

p : Entente de gestion

q : Logivac

r : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)

Facteurs de risque – Habitudes de vie

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Élèves du secondaire					
Initiation au tabac (avoir fumé plus de 100 cigarettes au cours de sa vie) °	8,3 %	(=)	NS	ND	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : 1,75 Défavo. sociale : 1,32
Fumeurs actuels de cigarettes °	6,9 %	(=)	NS	↓	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : 1,74 Défavo. sociale : NS
Fumeurs quotidiens de cigarettes °	4,2 %	(=)	Prévalence trop faible	↓	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : 2,23 Défavo. sociale : NS
Fumeurs occasionnels de cigarettes °	2,7 %	(=)	Prévalence trop faible	↓	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : 1,41 Défavo. sociale : NS
Élèves ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes °	66,3 %	(=)	(-) Sherbrooke (+) Val-Saint-François, Haut-Saint-François, Coaticook	ND	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Élèves avec un niveau insuffisant d'activité physique °	68,3 %	(=)	(+) Granit	ND	Ratio H/F : 0,79 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Élèves en surplus de poids °	20,2 %	(=)	NS	ND	Ratio H/F : 1,52 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Adultes					
Proportion de fumeurs (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	22,1 %	(=)	ND	1987 à 2012 ↓ Stabilité 2000-2012	Ratio H/F : 1,96 Revenu : NS
Fumeurs réguliers de cigarettes (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	19,1 %	(=)	ND		Ratio H/F : 2,02 Revenu : NS
Fumeurs occasionnels de cigarettes (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	3,0 %	(-)	ND	Stabilité	Ratio H/F : NS Revenu : NS
Population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes (18 ans ou plus, 2011-2012) ^b	52,6 %	(=)	ND	2000-2008 ↓ 2008-2012 ↑ (Tendance)	Ratio H/F : 1,28 Revenu : NS
Population insuffisamment active pendant les loisirs (18 ans ou plus, 2011-2012) ^b	64,4 %	(=)	ND	2000-2012 ↓ Hommes (2007-2012) ↑	Ratio H/F : NS Revenu : 1,46
Population présentant un surplus de poids (18 ans ou plus, 2011-2012) ^b	51,5 %	(=)	ND	↑	Ratio H/F : 1,51 Revenu : NS
Population n'utilisant pas toujours ou souvent un moyen de protection contre le soleil (2009-2010, 12 ans ou plus) ^b	36,8 %	(=)	ND	ND	Ratio H/F : 1,53

Facteurs de risque - Environnement

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Exposition FTE à domicile ^h	22,6 %	ND	NS (Urbain versus rural)	ND	Revenu : 2,88 Scolarité : 4,04
Exposition FTE parmi les domiciles avec de jeunes enfants ^h	18,6 %	ND	NS (Urbain versus rural)	ND	Revenu : 4,46 Scolarité : 8,34
Exposition FTE parmi les non-fumeurs à domicile ^h	11,3 %	ND	NS (Urbain versus rural)	ND	Revenu : NS Scolarité : 3,27
Exposition FTE à domicile (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	15,3 %	(=)	ND	Stable	Ratio H/F : NS Revenu : NS
Exposition FTE parmi les non-fumeurs à domicile (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	6,3 %	(=)	ND	↓	Ratio H/F : NS Revenu : NS

Facteurs de risque - Consommation et dépendances

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Adultes					
Population présentant une consommation excessive 12 fois ou plus au cours d'une année (2011-2012, 18 ans ou plus) ^b	17,3 %	(=)	ND	Stable	Ratio H/F : 2,9 Revenu (Québec) : 0,54
Proportion de la population buvant 14 consommations d'alcool ou plus par semaine (2005, 18 ans ou plus) ^b	6,3 %	(=)	ND	Stable	Ratio H/F : 4,0 Revenu : 0,31

Cancer - Incidence et décès

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Incidence 2006-2010					
Cancer toutes causes (2006-2010)	528,5 pour 100 000	(=)	(+) Haut-Saint-François (-) Granit et Coaticook <u>Communautés</u> : (+) Asbestos, Centre-Ville, Sainte-Jeanne-D'Arc, Mi-Vallon	Hommes (1986 à 2010) ↓ Stable femmes (1986 à 2010) Femmes (1996 à 2010) ↑	Ratio H/F : 1,28 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : 1,16
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	83,6 pour 100 000	(=) Hommes (-) Femmes (-) Sexes réunis	(-) Granit, Coaticook, Memphrémagog <u>Communautés</u> : (+) Saint-François, Windsor, des Grand-Monts, Est de Magog	Hommes ↓ Femmes ↑	Ratio H/F : 1,62 Défavo. matérielle : 1,28 Défavo. sociale : 1,39
Cancer du sein	123 pour 100 000	(=)	NS	Stable (Tendance à la hausse)	Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer colorectal	68,6 pour 100 000	(=)	NS	Stable hommes Femmes ↓	Ratio H/F : 1,58 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer de la prostate	126,4 pour 100 000	(=)	(+) Des Sources, Haut-Saint-François	Stable (Tendance à la baisse)	Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer de la peau (mélanome)	12,6 pour 100 000	(=) Hommes (+) Femmes	(+) Des Sources, Haut-Saint-François, Val-Saint-François, Memphrémagog	Stable hommes Femmes ↑	Ratio H/F : NS Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : 0,68
Cancer du col de l'utérus	8,1 pour 100 000	(=)	NS	↓	NS

Indicateur	Taux	Différence Estrie versus Québec	Situation particulière dans une MRC	Évolution dans le temps	ISS ou groupe vulnérable
Décès 2007-2009					
Cancer toutes causes (2007-2009)	219 pour 100 000	(=) Hommes (-) Femmes (-) Sexe réunis	Non Sans CHSLD : Idem toutes communautés	Hommes ↓ Stable femmes	Ratio H/F : 1,47 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : 1,16
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	63,5 pour 100 000	(=) Hommes (-) Femmes	MRC idem <u>Communautés</u> : (+) Windsor, Saint-Michel, Est de Magog	Hommes ↓ Femmes ↑	Ratio H/F : 1,96 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : 1,49
Cancer du sein	23,2 pour 100 000	(-)	(-) Sherbrooke	↓	Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer colorectal	28 pour 100 000	(=)	NS	Stable	Ratio H/F : 1,40 Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer de la prostate	20,3 pour 100 000	(=)	NS	↓	Défavo. matérielle : NS Défavo. sociale : NS
Cancer de la peau (mélanome)	2,0 pour 100 000	(=)	NS	Stable	ND
Cancer du col	Moins de 2 pour 100 000	(=)	NS	Stable	ND

ANNEXE C

Synthèse des principaux sièges de cancers par MRC

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence par cancer selon le sexe, MRC, Estrie et Québec, 2006-2010

Indicateurs	Estrie			MRC						
	Tous	Hommes	Femmes	Le Granit	Les Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog
Taux d'incidence pour tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome	528,5	607,0	474,0	(-) 470,2	549,5	(+) 579,4	534,6	536,6	(-) 476,9	521,5
Taux d'incidence pour le cancer du sein chez la femme			123,0	98,8	113,2	123,0	125,9	125,0	129,1	127,8
Taux d'incidence pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon	(-) 83,6	107,5	(-) 66,2	(-) 73,1	97,9	102,9	79,3	87,1	(-) 62,0	(-) 77,9
Taux d'incidence pour le cancer colorectal	68,6	85,5	54,1	65,8	61,0	86,7	68,5	70,6	62,9	62,4
Taux d'incidence pour le cancer de la prostate		126,4		127,2	(+) 166,7	(+) 149,0	144,4	119,4	106,4	118,4
Taux d'incidence pour le cancer du col de l'utérus			8,1	1,6**	8,7**	11,3**	4,1**	8,9*	5,9**	9,9*
Taux d'incidence pour le cancer de la peau	(+) 12,6	12,3	(+) 13,1	8,2*	(+) 16,6*	(+) 15,1*	(+) 14,9*	10,7	10,6*	(+) 17,6

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Notes : Regroupement de sièges de cancers selon la CIM-O-3 :

1. Tous les cancers, excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).
2. Sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).
3. Trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).
4. Colorectal (C18-C20, C26.0 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).
5. Prostate (C61 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).
6. Col de l'utérus (C53 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).
7. Peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer selon le sexe, MRC, Estrie et Québec, 2007-2009

Indicateurs	Estrie			MRC						
	Tous	Hommes	Femmes	Le Granit	Les Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog
Taux de mortalité par tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome	(-) 219,1	268,8	(-) 182,2	190,9	214,5	217,6	219,8	224,9	216,8	219,0
Taux de mortalité par tumeurs malignes du sein chez la femme			(-) 23,2	30,6*	23,9**	28,6*	32,4*	(-) 20,2	31,2*	20,1*
Taux de mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	(-) 63,5	88,5	(-) 45,2	58,5	57,6*	70,1	61,1	66,6	50,5*	63,4
Taux de mortalité par tumeurs colorectales	28,0	33,3	23,7	22,8*	16,4*	28,5*	25,3*	30,3	33,2*	26,3
Taux de mortalité par tumeurs malignes de la prostate		20,3		8,2**	24,9**	25,7**	21,8**	20,6	22,6**	19,4*
Taux de mortalité par tumeurs malignes du col de l'utérus			1,2**	0,0**	0,0**	3,8**	0,0**	0,9**	0,0**	1,2**
Taux de mortalité par mélanome de la peau	2,0*	2,8*	1,3**	2,5**	1,7**	0,0**	2,5**	2,0*	0,0**	3,5**

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

Notes : Regroupement de sièges de cancers par décès :

1. Tumeurs malignes, excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-9 = 140-172, 174-208; CIM-10 = C00-C43, C45-C97)
2. Sein chez la femme (CIM-9 = 174; CIM-10 = C50).
3. Trachée, bronches et poumon (CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34).
4. Colorectal (CIM-9 = 153-154; CIM-10 = C18-C21).
5. Prostate (CIM-9 = 185; CIM-10 = C61).
6. Col de l'utérus (CIM-9 = 180; CIM-10 = C53).
7. Mélanome de la peau (CIM-9 = 172; CIM-10 = C43).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du reste du Québec, au seuil de signification de 5 %.

Taux ajusté (pour 10 000) d'hospitalisations pour tumeurs malignes en soins physiques de courte durée selon le sexe, MRC, Estrie et Québec, 2009-2012

Indicateurs	Estrie			MRC						
	Tous	Hommes	Femmes	Le Granit	Les Sources	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Ville de Sherbrooke	Coaticook	Memphrémagog
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeurs malignes	(+) 61,1	(+) 69,3	55,1	(+) 65,2	55,1	(+) 67,1	62,0	(+) 62,6	(-) 48,3	59,1
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeur maligne du sein			8,0	5,9*	6,3*	8,9*	7,2*	8,6	8,4*	8,0
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeur maligne des bronches et du poumon	(+) 10,8	(+) 13,1	(+) 9,0	9,6	10,7	(+) 13,1	9,9	(+) 11,6	6,9	(+) 10,6
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeur maligne colorectale										
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeur maligne de la prostate		9,6		10,3	11,4*	(+) 13,7	9,0	9,8	8,3*	7,0
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tumeur maligne du col de l'utérus			0,9	(-) 0,0**	0,7**	0,3**	0,6**	1,0*	0,4**	1,3*
Taux d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour mélanome malin de la peau	0,4	0,3*	0,4*	(+) 1,0**	0,5**	0,2**	0,6**	0,3*	0,3**	0,1**

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Ministère de la Santé et des Services sociaux, estimations (avril 2012) et projections (avril 2012) démographiques (produit électronique).

- Notes : Regroupement de sièges de cancer par hospitalisations :
1. Ensemble des tumeurs malignes (CIM-10 CA = C00-C97)
 2. Tumeur maligne du sein (CIM-10 CA = C50)
 3. Tumeur maligne des bronches et du poumon (CIM-10 CA = C34).
 4. Colorectal (CIM-9 = 153-154; CIM-10 = C18-C21).
 5. Tumeur maligne de la prostate (CIM-10 = C61).
 6. Tumeur maligne du col de l'utérus (CIM-10 = C53).
 7. Mélanome malin de la peau (CIM-10 = C43).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

(+) (-) indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 5 %.

ANNEXE D

Tableaux détaillés se rapportant aux communautés locales estriennes

Taux ajusté d'incidence du cancer pour l'ensemble des communautés locales¹ estriennes, 2004-2010 (7 ans)

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Granit						
Rivière-Chaudière	20,9	544,7	-	E	A	Non
Lac-Mégantic	58,9	497,7	-	D	C	Non
Parc de Frontenac	31,1	(-) 452,1	-	E	A	Non
Monts Mégantic et Gosford	10,7	422,6	-	E	C	Oui
MRC des Sources						
Asbestos	63,0	(+) 653,0	(+) 651,7	D	D	Non
Danville	24,9	489,0	-	E	B	Non
Villages des Sources	18,0	456,4	-	D	A	Non
MRC du Haut-Saint-François						
Les beaux vallons (Zone Sud)	41,1	537,6	-	E	A	Non
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	39,6	619,9	-	D	C	Non
Le ciel étoilé (Zone Est)	15,4	535,4	-	E	B	Non
Les Lacs (Zone Dudswell-Weedon)	29,6	541,0	-	E	C	Oui
MRC du Val-Saint-François						
Richmond et région	44,6	573,3	-	E	C	Oui
Valcourt et région	39,0	562,9	-	C	B	Non
Ville de Windsor	38,6	626,6	-	C	D	Non
Ceinture de Windsor	12,9	(-) 314,5	-	D	B	Non
Saint-Denis-de-Brompton	13,6	491,4	-	A	C	Non
Stoke	11,7	570,0	-	C	A	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Brompton						
Brompton (C-1)	28,3	540,6	-	B	B	Non
Arrondissement de Fleurimont						
De l'Aéroport (C-2)	18,0	599,2	-	B	C	Non
Julien-Ducharme (C-3)	25,0	642,0	-	C	E	Oui
Pin-Solitaire (C-4)	22,9	631,0	-	B	D	Non
Saint-Michel (C-5)	32,4	559,6	-	D	E	Oui
Jardins-Fleuris (C-6)	31,3	582,6	-	C	E	Oui

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
Desranleau (C-7)	18,1	496,4	-	B	A	Non
Des Châteaux (C-8)	11,4	525,4	-	A	A	Non
Lavigerie (C-9)	37,1	507,7	-	C	D	Non
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	41,6	548,2	568,8	C	E	Oui
Arrondissement de Lennoxville						
Lennoxville (C-11)	35,1	520,1	-	B	D	Non
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-Ville (C-12)	21,0	(+) 684,8	-	E	E	Oui
Immaculée-Conception (C-13)	31,1	522,7	580,2	E	E	Oui
Des Grands-Monts (C-14)	17,0	577,4	-	E	E	Oui
Du Phare (C-15)	13,4	539,6	-	C	D	Non
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	45,9	(+) 644,7	-	D	E	Oui
De l'Université (C-17)	33,6	469,7	-	B	D	Non
Sainte-Catherine (C-18)	9,3	522,3	-	A	B	Non
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Petit-Lac-Magog (C-19)	11,6	429,5	-	A	B	Non
Mi-Vallon (C-20)	28,0	(+) 668,9	-	A	C	Non
Boisjoli (C-21)	18,1	511,1	-	A	B	Non
Village-de-Rock-Forest (C-22)	21,6	499,8	-	B	A	Non
Deauville (C-23)	20,4	581,8	-	C	B	Non
Saint-Élie (C-24)	16,7	462,8	-	B	A	Non
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Beckett (C-25)	14,6	(-) 413,7	-	A	D	Non
Hélène-Boullé (C-26)	6,0	414,2	-	A	A	Non
Saint-Alphonse (C-27)	34,9	577,1	577,4	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	24,1	548,1	598,5	A	E	Non
Laurentie (C-29)	24,7	600,3	-	A	D	Non
Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	60,3	548,7	-	B	E	Non
Chauveau (C-31)	10,9	571,1	-	A	C	Non
André-Viger (C-32)	22,4	498,1	-	A	E	Non
Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	18,1	647,0	-	B	E	Non
MRC de Coaticook						
Coaticook Nord	9,4	491,1	-	C	C	Non
Coaticook Est	12,9	444,1	-	E	A	Non
Coaticook Ouest	7,1	(-) 271,3	-	D	A	Non
Coaticook Centre urbain	43,7	547,1	-	D	C	Non
Coaticook Centre agricole	17,7	532,5	-	C	A	Non

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC de Memphrémagog						
Vallée de la Missisquoi Nord	21,7	454,7	-	C	C	Non
Vallée de la Missisquoi Sud	21,6	473,5	-	C	C	Non
Massawippi	44,4	591,2	-	B	B	Non
Stanstead	32,1	614,5	-	E	D	Oui
Sud de Magog	28,1	537,0	-	B	B	Non
Est de Magog	39,3	638,3	628,5	E	D	Oui
Centre de Magog	33,0	576,4	-	D	E	Oui
Nord de Magog	22,1	491,8	-	C	D	Non
Southière	17,4	466,3	-	A	D	Non
Nord-Est de Magog	20,7	581,5	-	D	B	Non
Orford	13,6	443,8	-	A	C	Non
Ensemble du Québec	41 695,0	546,4	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Notes : Cancer selon la CIM-O-3 : Tous les cancers excluant ceux de la peau autres que le mélanome (C00-C43, C45-C80 et toutes les histologies, et C44 et histologie = 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

Taux ajusté de mortalité du cancer pour l'ensemble des communautés locales¹ estriennes, 2003-2009 (7 ans)

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Granit						
Rivière-Chaudière	8,6	223,9	-	E	A	Non
Lac-Mégantic	25,9	213,6	(-) 174,3	D	C	Non
Parc de Frontenac	12,1	(-) 174,4	(-) 152,1	E	A	Non
Monts Mégantic et Gosford	4,7	185,6*	-	E	C	Oui
MRC des Sources						
Asbestos	25,9	251,3	234,9	D	D	Non
Danville	10,9	205,0	-	E	B	Non
Villages des Sources	7,6	194,0	173,9	D	A	Non
MRC du Haut-Saint-François						
Les beaux vallons (Zone Sud)	16,0	208,8	-	E	A	Non
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	19,6	(+) 311,0	227,9	D	C	Non
Le ciel étoilé (Zone Est)	5,0	173,7*	-	E	B	Non
Les Lacs (Zone Dudswell-Weedon)	12,9	233,9	(-) 163,5	E	C	Oui
MRC du Val-Saint-François						
Richmond et région	23,3	286,5	232,7	E	C	Oui
Valcourt et région	15,9	235,3	(-) 160,4	C	B	Non
Ville de Windsor	20,0	(+) 314,8	297,5	C	D	Non
Ceinture de Windsor	5,6	(-) 148,6	-	D	B	Non
Saint-Denis-de-Brompton	3,9	149,0*	-	A	C	Non
Stoke	4,0	231,3*	-	C	A	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Brompton						
Brompton (C-1)	11,6	228,1	-	B	B	Non
Arrondissement de Fleurimont						
De l'Aéroport (C-2)	7,0	263,6	-	B	C	Non
Julien-Ducharme (C-3)	10,4	269,5	-	C	E	Oui
Pin-Solitaire (C-4)	11,4	289,2	-	B	D	Non
Saint-Michel (C-5)	16,0	273,6	-	D	E	Oui
Jardins-Fleuris (C-6)	13,9	248,4	-	C	E	Oui
Desranleau (C-7)	8,4	252,5	-	B	A	Non
Des Châteaux (C-8)	2,6	(-) 123,7*	-	A	A	Non
Lavigerie (C-9)	14,9	195,9	-	C	D	Non
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	25,0	(+) 309,7	264,9	C	E	Oui

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
Arrondissement de Lennoxville						
Lennoxville (C-11)	15,3	211,7	-	B	D	Non
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-Ville (C-12)	9,0	291,0	-	E	E	Oui
Immaculée-Conception (C-13)	15,6	258,4	243,1	E	E	Oui
Des Grands-Monts (C-14)	6,3	215,6	-	E	E	Oui
Du Phare (C-15)	4,6	198,0*	-	C	D	Non
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	19,0	261,4	-	D	E	Oui
De l'Université (C-17)	14,7	194,9	-	B	D	Non
Sainte-Catherine (C-18)	2,7	178,8*	-	A	B	Non
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Petit-Lac-Magog (C-19)	3,7	(-) 139,7*	-	A	B	Non
Mi-Vallon (C-20)	8,9	224,3	-	A	C	Non
Boisjoli (C-21)	8,0	236,2	-	A	B	Non
Village-de-Rock-Forest (C-22)	7,9	194,5	-	B	A	Non
Deauville (C-23)	6,9	209,5	-	C	B	Non
Saint-Élie (C-24)	4,6	161,4*	-	B	A	Non
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Beckett (C-25)	5,9	162,6	-	A	D	Non
Hélène-Boullé (C-26)	1,6	115,9*	-	A	A	Non
Saint-Alphonse (C-27)	23,1	(+) 351,5	279,0	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	15,4	(+) 308,8	208,3	A	E	Non
Laurentie (C-29)	8,6	210,5	-	A	D	Non
Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	25,1	205,7	-	B	E	Non
Chauveau (C-31)	2,6	135,1*	-	A	C	Non
André-Viger (C-32)	9,1	202,4	-	A	E	Non
Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	6,9	237,5	-	B	E	Non
MRC de Coaticook						
Coaticook Nord	5,0	254,8*	-	C	C	Non
Coaticook Est	5,6	198,3	-	E	A	Non
Coaticook Ouest	2,4	(-) 94,7*	-	D	A	Non
Coaticook Centre urbain	20,9	242,3	191,0	D	C	Non
Coaticook Centre agricole	6,6	201,8	-	C	A	Non

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC de Memphrémagog						
Vallée de la Missisquoi Nord	7,3	(-) 153,2	-	C	C	Non
Vallée de la Missisquoi Sud	7,9	170,1	-	C	C	Non
Massawippi	18,6	248,7	252,9	B	B	Non
Stanstead	11,7	224,5	-	E	D	Oui
Sud de Magog	9,3	(-) 171,1	-	B	B	Non
Est de Magog	21,1	(+) 333,5	274,7	E	D	Oui
Centre de Magog	15,4	255,2	-	D	E	Oui
Nord de Magog	9,1	203,3	-	C	D	Non
Southière	5,9	(-) 150,6	-	A	D	Non
Nord-Est de Magog	6,4	181,4	-	D	B	Non
Orford	5,1	167,3*	-	A	C	Non
Ensemble du Québec	18 212	238,6	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Notes : Tumeurs malignes excluant les cancers de la peau sans mélanome (CIM-10 = C00-C43, C45-C97).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus. C'est le cas notamment du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. L'exclusion s'est faite dans la banque de décès en utilisant le filtre CHSLD=1. Cette variable a été générée lorsque le code postal de résidence du bénéficiaire correspondait au code postal de l'établissement CHSLD où est survenu le décès. Exception : si le code postal du lieu de résidence était unique à l'établissement, tous les décès correspondant ont été exclus. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

Taux ajusté d'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour l'ensemble des communautés locales¹ estriennes, 2004-2010 (7 ans)

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Granit						
Rivière-Chaudière	3,7	97,8*	-	E	A	Non
Lac-Mégantic	9,4	77,9	-	D	C	Non
Parc de Frontenac	4,1	59,6*	-	E	A	Non
Monts Mégantic et Gosford	1,4	57,9*	-	E	C	Oui
MRC des Sources						
Asbestos	12,1	125,2	125,3	D	D	Non
Danville	4,4	83,9*	-	E	B	Non
Villages des Sources	3,0	76,9*	-	D	A	Non
MRC du Haut-Saint-François						
Les beaux vallons (Zone Sud)	5,3	69,0	-	E	A	Non
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	8,4	(+) 133,1	-	D	C	Non
Le ciel étoilé (Zone Est)	2,7	93,8*	-	E	B	Non
Les Lacs (Zone Dudswell-Weedon)	5,7	103,7	-	E	C	Oui
MRC du Val-Saint-François						
Richmond et région	6,1	77,4	-	E	C	Oui
Valcourt et région	5,7	81,9	-	C	B	Non
Ville de Windsor	8,6	(+) 139,5	-	C	D	Non
Ceinture de Windsor	2,0	50,9*	-	D	B	Non
Saint-Denis-de-Brompton	1,6	60,4*	-	A	C	Non
Stoke	1,4	65,0**	-	C	A	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Brompton						
Brompton (C-1)	3,6	69,7*	-	B	B	Non
Arrondissement de Fleurimont						
De l'Aéroport (C-2)	3,0	118,7*	-	B	C	Non
Julien-Ducharme (C-3)	5,4	140,0	-	C	E	Oui
Pin-Solitaire (C-4)	2,7	80,7*	-	B	D	Non
Saint-Michel (C-5)	6,6	111,4	-	D	E	Oui
Jardins-Fleuris (C-6)	5,4	106,0*	-	C	E	Oui
Desranleau (C-7)	1,9	59,3*	-	B	A	Non
Des Châteaux (C-8)	1,1	52,6**	-	A	A	Non
Lavigerie (C-9)	5,6	73,1	-	C	D	Non
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	6,9	96,1	98,3	C	E	Oui

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
Arrondissement de Lennoxville						
Lennoxville (C-11)	3,6	(-) 46,8*	-	B	D	Non
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-Ville (C-12)	4,4	148,3*	-	E	E	Oui
Immaculée-Conception (C-13)	7,0	119,6	129,5	E	E	Oui
Des Grands-Monts (C-14)	4,7	(+) 161,0*	-	E	E	Oui
Du Phare (C-15)	2,0	78,4*	-	C	D	Non
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	8,0	110,2	-	D	E	Oui
De l'Université (C-17)	5,1	70,3*	-	B	D	Non
Sainte-Catherine (C-18)	0,9	50,9**	-	A	B	Non
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Petit-Lac-Magog (C-19)	0,7	30,9**	-	A	B	Non
Mi-Vallon (C-20)	4,7	116,6*	-	A	C	Non
Boisjoli (C-21)	2,9	75,3*	-	A	B	Non
Village-de-Rock-Forest (C-22)	4,0	94,1*	-	B	A	Non
Deauville (C-23)	3,9	124,4*	-	C	B	Non
Saint-Élie (C-24)	2,0	66,6*	-	B	A	Non
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Beckett (C-25)	1,6	43,4*	-	A	D	Non
Hélène-Boullé (C-26)	0,4	30,3**	-	A	A	Non
Saint-Alphonse (C-27)	5,4	82,7*	85,3*	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	4,0	85,0*	93,3*	A	E	Non
Laurentie (C-29)	3,3	79,9*	-	A	D	Non
Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	10,7	96,2	-	B	E	Non
Chauveau (C-31)	1,3	63,1**	-	A	C	Non
André-Viger (C-32)	4,0	88,8*	-	A	E	Non
Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	3,0	108,6*	-	B	E	Non
MRC de Coaticook						
Coaticook Nord	0,9	44,4**	-	C	C	Non
Coaticook Est	1,9	60,9*	-	E	A	Non
Coaticook Ouest	1,0	36,1**	-	D	A	Non
Coaticook Centre urbain	5,3	67,1*	-	D	C	Non
Coaticook Centre agricole	2,0	65,5*	-	C	A	Non

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC de Memphrémagog						
Vallée de la Missisquoi Nord	3,3	67,4*	-	C	C	Non
Vallée de la Missisquoi Sud	2,4	51,6*	-	C	C	Non
Massawippi	5,6	73,3	-	B	B	Non
Stanstead	2,7	52,2*	-	E	D	Oui
Sud de Magog	3,1	58,4*	-	B	B	Non
Est de Magog	9,6	(+) 151,7	(+) 151,7	E	D	Oui
Centre de Magog	6,7	112,2	-	D	E	Oui
Nord de Magog	2,7	61,5*	-	C	D	Non
Southière	1,6	(-) 39,5*	-	A	D	Non
Nord-Est de Magog	4,1	119,0*	-	D	B	Non
Orford	2,1	69,1*	-	A	C	Non
Ensemble du Québec	7 179	94,1	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Notes : Cancer selon la CIM-O-3 : Trachée, bronches et poumon (C33-C34 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

Taux ajusté de mortalité du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour l'ensemble des communautés locales¹ estriennes, 2003-2009 (7 ans)

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Granit						
Rivière-Chaudière	2,1	55,2*	-	E	A	Non
Lac-Mégantic	6,7	55,2	49,9	D	C	Non
Parc de Frontenac	3,0	42,9*	(-) 39,7*	E	A	Non
Monts Mégantic et Gosford	1,4	56,6*	-	E	C	Oui
MRC des Sources						
Asbestos	8,6	86,3	84,4	D	D	Non
Danville	4,0	76,4*	-	E	B	Non
Villages des Sources	2,1	55,5*	49,5*	D	A	Non
MRC du Haut-Saint-François						
Les beaux vallons (Zone Sud)	3,3	(-) 42,4*	-	E	A	Non
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	6,0	95,9	76,0*	D	C	Non
Le ciel étoilé (Zone Est)	2,4	82,7*	-	E	B	Non
Les Lacs (Zone Dudswell-Weedon)	5,3	97,8	69,7*	E	C	Oui
MRC du Val-Saint-François						
Richmond et région	5,9	72,9	44,1*	E	C	Oui
Valcourt et région	4,7	69,1*	52,3*	C	B	Non
Ville de Windsor	7,3	(+) 116,6	(+) 113,0	C	D	Non
Ceinture de Windsor	2,3	59,1*	-	D	B	Non
Saint-Denis-de-Brompton	1,3	52,4**	-	A	C	Non
Stoke	1,3	65,5**	-	C	A	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Brompton						
Brompton (C-1)	2,6	47,1*	-	B	B	Non
Arrondissement de Fleurimont						
De l'Aéroport (C-2)	1,9	67,3*	-	B	C	Non
Julien-Ducharme (C-3)	3,7	97,7*	-	C	E	Oui
Pin-Solitaire (C-4)	2,9	80,4*	-	B	D	Non
Saint-Michel (C-5)	6,6	(+) 113,2	-	D	E	Oui
Jardins-Fleuris (C-6)	3,6	67,5*	-	C	E	Oui
Desranleau (C-7)	1,4	42,7**	-	B	A	Non
Des Châteaux (C-8)	0,7	24,8**	-	A	A	Non
Lavigerie (C-9)	4,1	53,2*	-	C	D	Non
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	5,9	75,1	72,7*	C	E	Oui

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
Arrondissement de Lennoxville						
Lennoxville (C-11)	3,1	42,7*	-	B	D	Non
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-ville (C-12)	3,4	111,0*	-	E	E	Oui
Immaculée-Conception (C-13)	6,3	107,9	104,1	E	E	Oui
Des Grands-Monts (C-14)	3,4	117,6*	-	E	E	Oui
Du Phare (C-15)	1,4	64,5*	-	C	D	Non
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	5,9	80,1	-	D	E	Oui
De l'Université (C-17)	4,4	59,2*	-	B	D	Non
Sainte-Catherine (C-18)	0,7	59,2**	-	A	B	Non
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Petit-Lac-Magog (C-19)	0,9	37,6**	-	A	B	Non
Mi-Vallon (C-20)	3,1	86,6*	-	A	C	Non
Boisjoli (C-21)	1,9	54,3*	-	A	B	Non
Village-de-Rock-Forest (C-22)	2,3	56,2*	-	B	A	Non
Deauville (C-23)	2,9	92,1*	-	C	B	Non
Saint-Élie (C-24)	1,9	67,6*	-	B	A	Non
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Beckett (C-25)	1,6	43,4*	-	A	D	Non
Hélène-Boullé (C-26)	0,6	41,4**	-	A	A	Non
Saint-Alphonse (C-27)	5,3	77,9*	70,1*	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	4,3	83,7*	58,0*	A	E	Non
Laurentie (C-29)	2,4	59,3*	-	A	D	Non
Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	8,7	73,8	-	B	E	Non
Chauveau (C-31)	0,9	37,6**	-	A	C	Non
André-Viger (C-32)	3,0	66,3*	-	A	E	Non
Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	2,0	72,4*	-	B	E	Non
MRC de Coaticook						
Coaticook Nord	1,1	59,2**	-	C	C	Non
Coaticook Est	0,9	29,3**	-	E	A	Non
Coaticook Ouest	0,1	5,9**	-	D	A	Non
Coaticook Centre urbain	4,1	50,7*	48,0*	D	C	Non
Coaticook Centre agricole	1,1	37,0**	-	C	A	Non

Communauté locale ¹	Mortalité			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC de Memphrémagog						
Vallée de la Missisquoi Nord	2,4	50,1*	-	C	C	Non
Vallée de la Missisquoi Sud	2,3	48,3*	-	C	C	Non
Massawippi	5,3	70,2	71,4	B	B	Non
Stanstead	2,6	48,1*	-	E	D	Oui
Sud de Magog	2,4	43,8*	-	B	B	Non
Est de Magog	7,0	(+) 108,3	100,7	E	D	Oui
Centre de Magog	4,7	79,5*	-	D	E	Oui
Nord de Magog	2,3	50,6*	-	C	D	Non
Southière	1,6	39,5*	-	A	D	Non
Nord-Est de Magog	2,7	75,2*	-	D	B	Non
Orford	1,1	35,0**	-	A	C	Non
Ensemble du Québec	5 602	73,4	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Notes : Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10 = C33-C34).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus. C'est le cas notamment du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. L'exclusion s'est faite dans la banque de décès en utilisant le filtre CHSLD=1. Cette variable a été générée lorsque le code postal de résidence du bénéficiaire correspondait au code postal de l'établissement CHSLD où est survenu le décès. Exception : si le code postal du lieu de résidence était unique à l'établissement, tous les décès correspondant ont été exclus. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

Taux ajusté d'incidence du cancer de la peau (mélanome) pour l'ensemble des communautés locales¹ estriennes, 2004-2010 (7 ans)

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC du Granit						
Rivière-Chaudière	0	0,0	-	E	A	Non
Lac-Mégantic	1,0	9,2**	-	D	C	Non
Parc de Frontenac	0,7	9,6**	-	E	A	Non
Monts Mégantic et Gosford	0,1	6,2**	-	E	C	Oui
MRC des Sources						
Asbestos	1,9	(+) 23,0*	(+) 23,4*	D	D	Non
Danville	0,1	2,6**	-	E	B	Non
Villages des Sources	0,4	10,6**	-	D	A	Non
MRC du Haut-Saint-François						
Les beaux vallons (Zone Sud)	0,9	11,1**	-	E	A	Non
La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	1,0	15,2**	-	D	C	Non
Le ciel étoilé (Zone Est)	0,1	4,7**	-	E	B	Non
Les Lacs (Zone Dudswell-Weedon)	0,9	15,4**	-	E	C	Oui
MRC du Val-Saint-François						
Richmond et région	1,1	15,1**	-	E	C	Oui
Valcourt et région	0,9	12,3**	-	C	B	Non
Ville de Windsor	0,6	10,7**	-	C	D	Non
Ceinture de Windsor	0,6	12,6**	-	D	B	Non
Saint-Denis-de-Brompton	0,4	11,9**	-	A	C	Non
Stoke	0,1	10,5**	-	C	A	Non
Ville de Sherbrooke						
Arrondissement de Brompton						
Brompton (C-1)	0,4	7,9**	-	B	B	Non
Arrondissement de Fleurimont						
De l'Aéroport (C-2)	0,4	13,3**	-	B	C	Non
Julien-Ducharme (C-3)	0	0,0	-	C	E	Oui
Pin-Solitaire (C-4)	0,1	2,9**	-	B	D	Non
Saint-Michel (C-5)	0,9	14,6**	-	D	E	Oui
Jardins-Fleuris (C-6)	0,3	5,7**	-	C	E	Oui
Desranleau (C-7)	0,6	9,5**	-	B	A	Non
Des Châteaux (C-8)	0,6	27,3**	-	A	A	Non
Lavigerie (C-9)	0,4	5,8**	-	C	D	Non
Saint-Jean-Baptiste (C-10)	0,9	13,4**	14,2**	C	E	Oui

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
Arrondissement de Lennoxville						
Lennoxville (C-11)	1,3	19,6**	-	B	D	Non
Arrondissement du Mont-Bellevue						
Centre-Ville (C-12)	0,1	4,3**	-	E	E	Oui
Immaculée-Conception (C-13)	0,4	7,0**	7,7**	E	E	Oui
Des Grands-Monts (C-14)	0	0,0	-	E	E	Oui
Du Phare (C-15)	0,1	4,8**	-	C	D	Non
Sainte-Jeanne-d'Arc (C-16)	1,6	(+) 23,7*	-	D	E	Oui
De l'Université (C-17)	0,9	15,0**	-	B	D	Non
Sainte-Catherine (C-18)	0,4	18,2**	-	A	B	Non
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville						
Petit-Lac-Magog (C-19)	0,1	6,8**	-	A	B	Non
Mi-Vallon (C-20)	0,7	13,6**	-	A	C	Non
Boisjoli (C-21)	0,4	9,0**	-	A	B	Non
Village-de-Rock-Forest (C-22)	0,9	16,3**	-	B	A	Non
Deauville (C-23)	1,0	24,1**	-	C	B	Non
Saint-Élie (C-24)	0,1	1,9**	-	B	A	Non
Arrondissement de Jacques-Cartier						
Beckett (C-25)	0,1	5,5**	-	A	D	Non
Hélène-Boullé (C-26)	0,4	33,2**	-	A	A	Non
Saint-Alphonse (C-27)	0,4	8,6**	8,9**	A	E	Non
Vieux-Nord (C-28)	0,3	7,5**	8,4**	A	E	Non
Laurentie (C-29)	1,0	(+) 23,8**	-	A	D	Non
Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	0,9	7,3**	-	B	E	Non
Chauveau (C-31)	0,4	21,0**	-	A	C	Non
André-Viger (C-32)	0,1	3,1**	-	A	E	Non
Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	0,6	21,5**	-	B	E	Non
MRC de Coaticook						
Coaticook Nord	0,4	23,1**	-	C	C	Non
Coaticook Est	0	0,0	-	E	A	Non
Coaticook Ouest	0,3	10,5**	-	D	A	Non
Coaticook Centre urbain	0,3	3,7**	-	D	C	Non
Coaticook Centre agricole	0,7	21,6**	-	C	A	Non

Communauté locale ¹	Incidence			Indice de défavorisation ²		Une des 14 communautés estriennes les plus défavorisées sur les plans matériel et social ⁵
	Nombre annuel moyen	Taux / 100 000	Taux / 100 000 excluant les cas en CHSLD ⁶	Composante matérielle ³	Composante sociale ⁴	
MRC de Memphrémagog						
Vallée de la Missisquoi Nord	0,1	2,5**	-	C	C	Non
Vallée de la Missisquoi Sud	0,7	15,0**	-	C	C	Non
Massawippi	1,9	(+) 27,3*	-	B	B	Non
Stanstead	1,0	20,5**	-	E	D	Oui
Sud de Magog	0,7	17,0**	-	B	B	Non
Est de Magog	1,0	17,6**	18,3**	E	D	Oui
Centre de Magog	0,4	10,8**	-	D	E	Oui
Nord de Magog	1,4	(+) 31,9*	-	C	D	Non
Southière	0,9	(+) 27,4**	-	A	D	Non
Nord-Est de Magog	0,7	19,6**	-	D	B	Non
Orford	0,1	5,4**	-	A	C	Non
Ensemble du Québec	675	8,8	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation du découpage territorial, version M34-2013. Population : Québec, Estrie et MRC : estimations de population de 2006 corrigées pour le sous-dénombrement et ajustées pour une période de 7 ans, version mai 2013. Communautés et arrondissements : Recensement de 2006 ajusté pour une période de 7 ans.

Notes : Cancer selon la CIM-O-3 : Peau-mélanome (C44 et histologie = 8720-8790).

(+) (-) Indique un taux statistiquement supérieur ou inférieur à celui du Québec, au seuil de signification de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

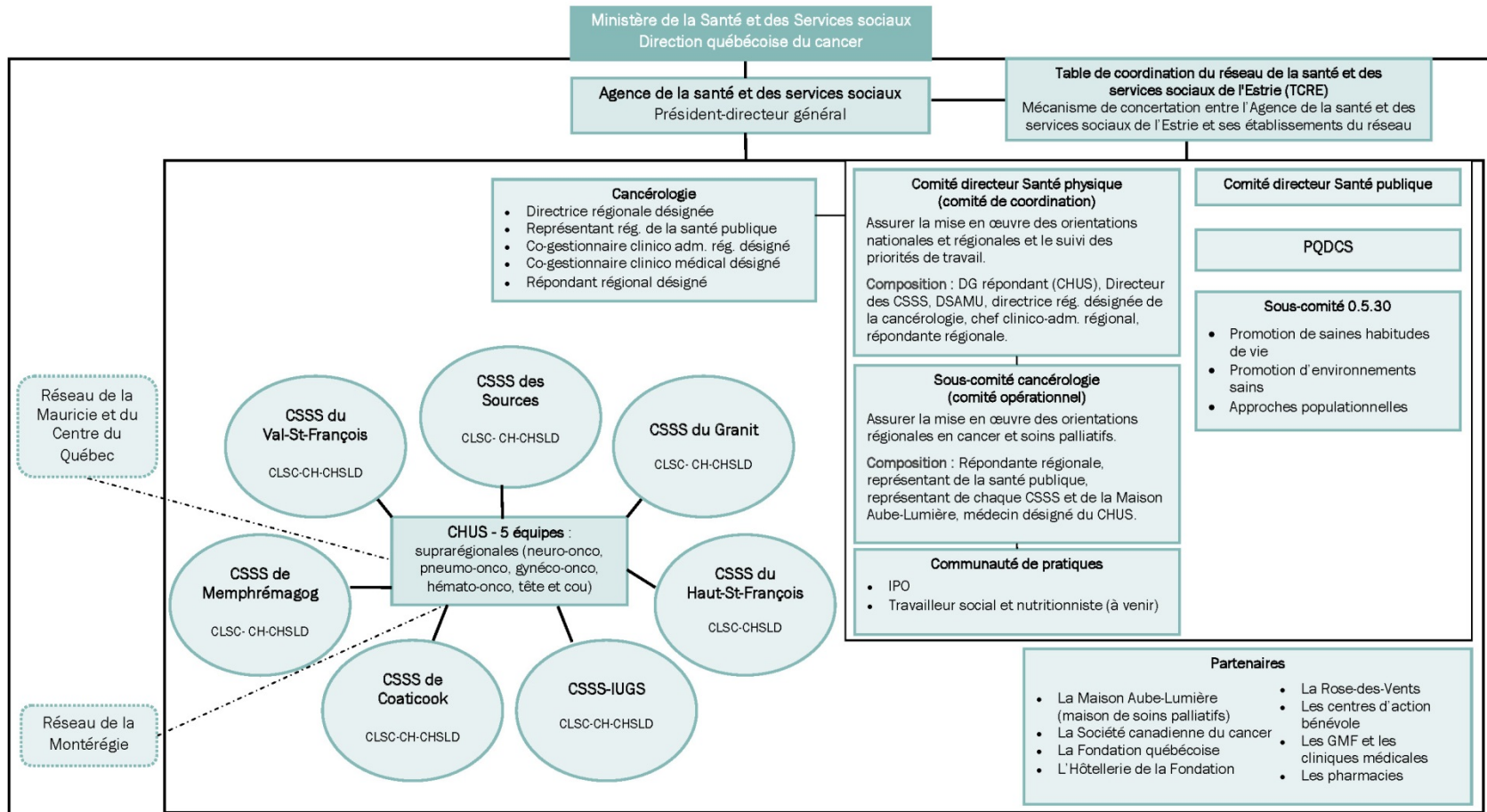
** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

1. Communautés locales d'environ 5 000 personnes, telles que définies par le milieu dans une perspective de « territoire vécu ».
2. A = défavorisation très faible (quintile 1); B = défavorisation faible (quintile 2); C = défavorisation moyenne (quintile 3); D = défavorisation forte (quintile 4); E = défavorisation très forte (quintile 5). Indice calculé sur une base estrienne.
3. L'indice de défavorisation matérielle, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est obtenu à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : le ratio emploi/population chez les 15 ans ou plus, la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, et le revenu moyen des personnes de 15 ans ou plus. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
4. L'indice de défavorisation sociale, développé par l'Institut national de santé publique du Québec, est calculé à partir des trois indicateurs socioéconomiques suivants : la proportion de personnes de 15 ans ou plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et la proportion de familles monoparentales. Indice calculé sur la base du Recensement de 2006.
5. Communautés les plus défavorisées sur les plans social et matériel (quintile 5 matériel et quintile 5 social; quintile 5 matériel et quintile 4 social; quintile 5 matériel et quintile 3 social; quintile 3 matériel et quintile 5 social; quintile 4 matériel et quintile 5 social).
6. À l'échelle des communautés locales, les cas dont l'adresse de résidence de la personne concernée correspondait à certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), privés ou publics conventionnés, ont été exclus (nécessitant la présence de codes postaux uniques correspondant à ces établissements). C'est le cas du Centre d'hébergement d'Youville, du Centre d'hébergement Argyll, du Centre d'hébergement Saint-Vincent, du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, du Centre d'hébergement Saint-Joseph et du Centre d'hébergement d'Asbestos. Pour être exclu, l'établissement devait aussi être présent dans la banque IMAGES, car le nombre de bénéficiaires devait être soustrait au dénominateur également. La banque IMAGES est la seule base de données permettant d'obtenir l'information requise par sexe et par groupe d'âge.

ANNEXE E

Réseau de cancérologie de l'Estrie

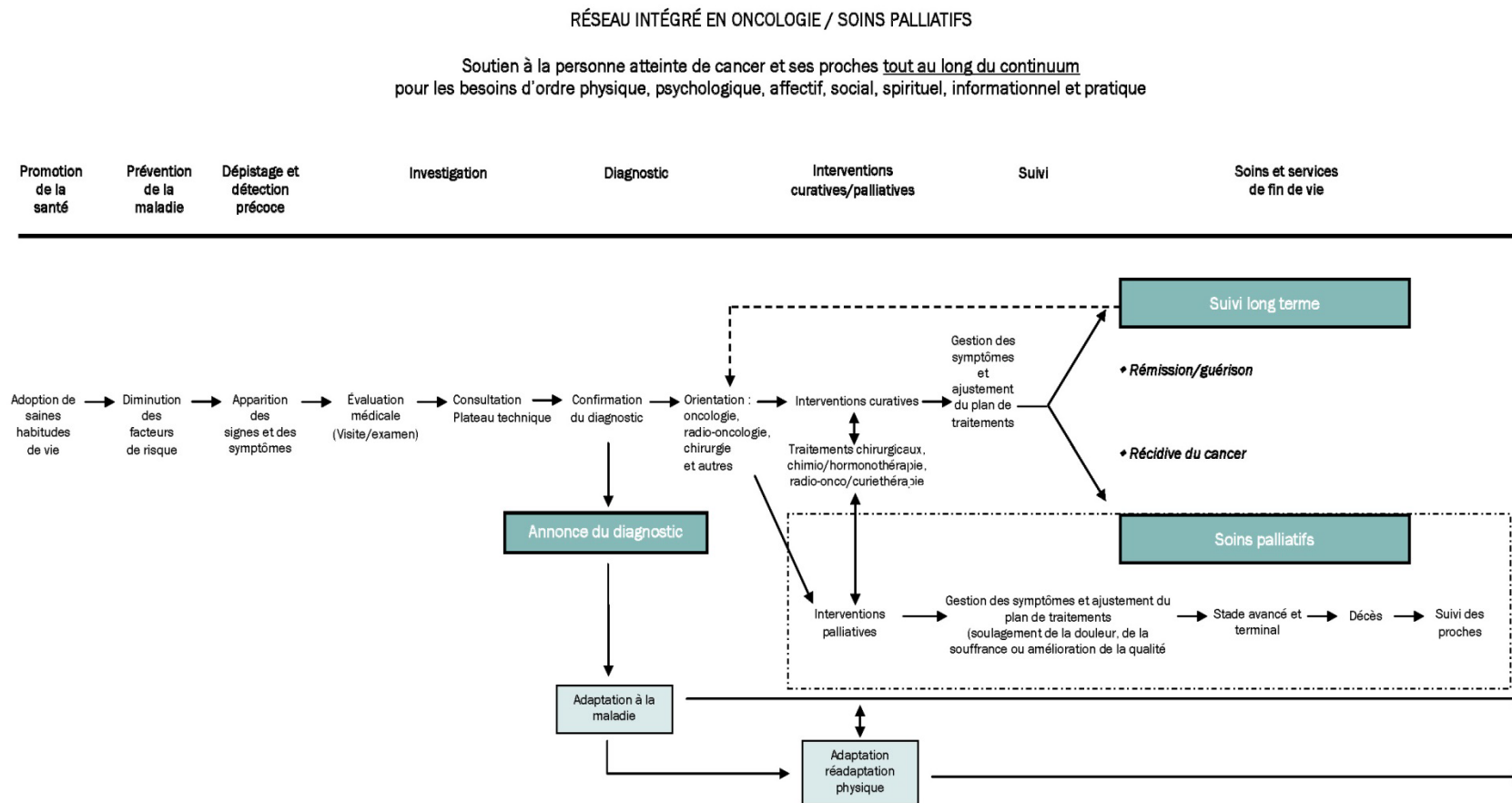
Réseau de cancérologie de l'Estrie – RUIS de Sherbrooke



Source : Cadre de référence régional - Réseau intégré en oncologie / soins palliatifs de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, février 2012.

ANNEXE F

Continuum de soins et de services en cancérologie



Adaptation 2010 - Hélène Loiselle (fév.2007), adaptation de documents de la Régie régionale de santé et des services sociaux de l'Outaouais ADSSSE (2006) et de l'Estrie (2006).
Source : *Cadre de référence régional - Réseau intégré en oncologie / soins palliatifs de l'Estrie*, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, février 2012.

ANNEXE G

Pistes d'amélioration des soins et des services en cancérologie

Continuum de soins et de services					
Promotion de la santé Prévention de la maladie	Dépistage et détection précoce du cancer	Investigation/Diagnostic	Interventions curatives/palliatives	Suivi	Soins de fin de vie
<p><i>Se référer au Plan d'action régional (PAR) en santé publique 2008-2012</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 ans à 69 ans (PQDCS) Collaborer, si nécessaire, à la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) pour les personnes de 50 à 64 ans Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'annonce du diagnostic/pronostic Raccourcir le délai entre les examens d'investigation et l'annonce du diagnostic Raccourcir le délai entre l'annonce du diagnostic et le(s) traitement(s) 	<ul style="list-style-type: none"> Dépister plus précocement et mieux intervenir : <ol style="list-style-type: none"> Douleur/fatigue Dénutrition/malnutrition Détresse émotionnelle Déconditionnement Pertes fonctionnelles Identification du potentiel de réadaptation Lymphoedème Améliorer les connaissances sur la gestion des signes et des symptômes - notions spécifiques d'évaluation Offrir un service de réadaptation fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> Réadaptation physique Réadaptation de la parole (cancer ORL) Implanter un code d'intensité thérapeutique harmonisé Rendre accessibles les traitements et les autres activités thérapeutiques associées au cancer le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur (ex. : chimiothérapie) 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès aux infirmières pivots en oncologie (IPO) Assurer l'accès aux équipes interdisciplinaires Assurer l'accès aux médecins de famille Améliorer le passage du patient curatif au palliatif Mettre en place un processus éthique Améliorer les soins aux personnes âgées atteintes de cancer (évaluation gériatrique) Développer un corridor de service entre les services d'oncologie et les services de santé mentale Développer un corridor de service entre les médecins de 1^e et de 2^e ligne Implanter le registre de cancer 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre accessibles les soins palliatifs à tout type de maladies (oncologiques, chroniques, dégénératives) et dans tous les milieux de vie Améliorer les connaissances sur la gestion des signes et des symptômes - notions spécifiques d'évaluation Dépister et mieux intervenir auprès des proches vivant un deuil complexe

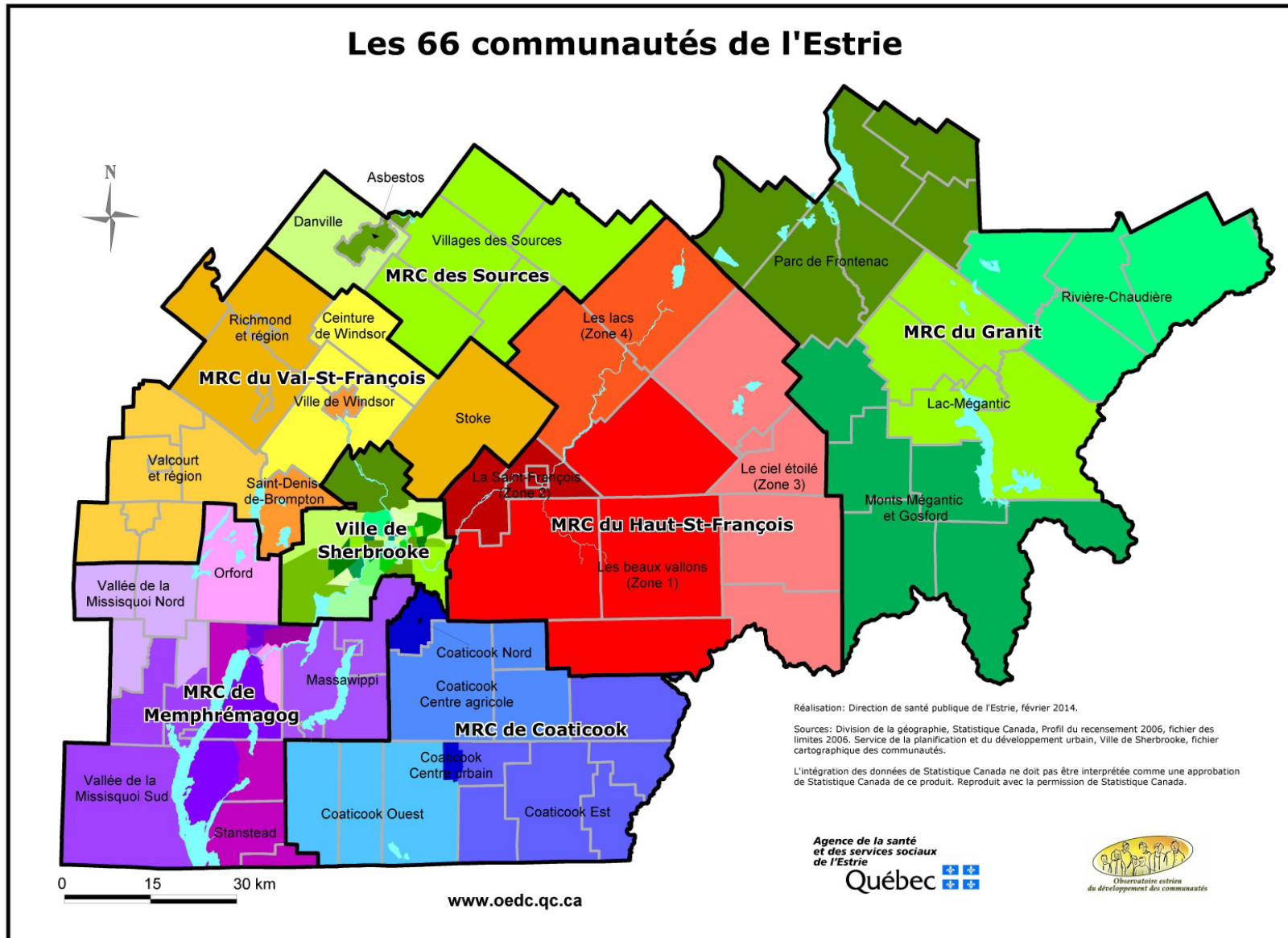
Source : Cadre de référence régional – Réseau intégré en oncologie / soins palliatifs de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, février 2012.

ANNEXE H

Les communautés de l'Estrie et de la Ville de Sherbrooke

Voir les cartes aux pages suivantes.

Les 66 communautés de l'Estrie



Réalisation: Direction de santé publique de l'Estrie, février 2014.

Sources: Division de la géographie, Statistique Canada, Profil du recensement 2006, fichier des limites 2006. Service de la planification et du développement urbain, Ville de Sherbrooke, fichier cartographique des communautés.

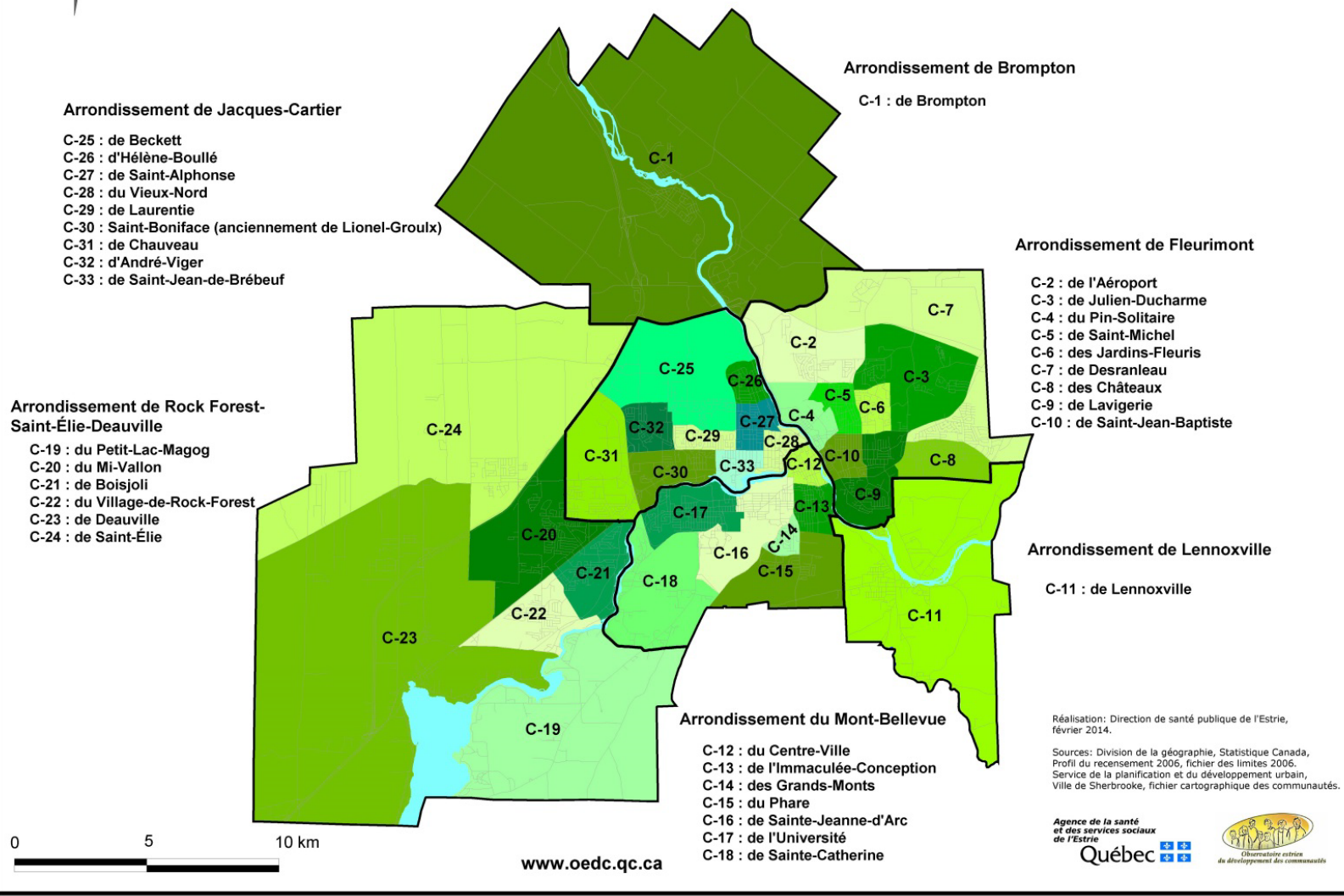
L'intégration des données de Statistique Canada ne doit pas être interprétée comme une approbation de Statistique Canada de ce produit. Reproduit avec la permission de Statistique Canada.

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec





Les communautés de la Ville de Sherbrooke



**Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie**

Québec 

Siège social

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
www.santeestrie.qc.ca

Ressources informationnelles

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4