

A photograph of a woman in a white, floral-patterned dress standing in a field of tall grass. She is reaching out with her right hand to touch the grass. The sun is low on the horizon, creating a warm, golden glow and lens flare effects. The background is a soft, hazy sky.

**LE RAPPORT
DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
SUR LE CANCER**

**PRÉVENIR
LES CANCERS
TOUS ENSEMBLE**

A photograph of a person in a white dress standing in a field of tall grass at sunset. The sun is low on the horizon, creating a warm, golden glow and lens flare. The person's hand is reaching out to touch the grass. The background is a soft, out-of-focus field of grass.

**LE RAPPORT
DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE CHAUDIÈRE-APPALACHES
SUR LE CANCER**

**PRÉVENIR
LES CANCERS
TOUS ENSEMBLE**

www.agencess12.gouv.qc.ca/rapportDSPcancer

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 

Une production de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, sous la direction de Philippe Lessard et Yv Bonnier Viger

Coordination, direction scientifique et rédaction
Marie-Josée Drolet et Lucie Tremblay

Comité d'orientation

Yv Bonnier Viger
Annie Bourassa
Pierre Deshaies
Marie-Josée Drolet
Denise Gagné
Philippe Lessard
François Léveillé
Pierre-Luc Lévesque
Jacques Samson
Lucie Tremblay

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

La dernière mise à jour de ce rapport est disponible à l'adresse www.agencesss12.gouv.qc.ca/rapportDSPcancer

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-89548-690-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-691-6 (version pdf)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2010

Septembre 2010

LISTE DES COLLABORATEURS

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION DE L'AGENCE

D ^r Philippe Lessard	MD, M.Sc., Directeur de santé publique et de l'évaluation
D ^r Yv Bonnier Viger	MD, M.Sc., MM, FRCPC, Adjoint médical au directeur de santé publique, Professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval
Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre	Adjoint à l'administration et coordonnateur Jacques Samson
Annie Bourassa	Chef d'équipe Surveillance, recherche
François Léveillé	Technicien en recherche psychosociale Gestion et traitement des bases d'information
Lucie Pelchat	Agente administrative
Lucie Tremblay	Dt.p., M.Sc., Agente de planification, de programmation et de recherche
Service en promotion de la santé physique et psychosociale	Coordonnatrice Marie Noële Lavoie
Marie-Josée Asselin	Chef d'équipe Périnatalité/petite enfance Consultante régionale en allaitement
D ^{re} Élise Bertrand	Dentiste-conseil
Linda Boucher	Coordonnatrice du Centre de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Chaudière-Appalaches
Louise Brunet	Agente de planification, de programmation et de recherche Développement des communautés et lutte à la pauvreté
Cécile Caron	Chef d'équipe Habitudes de vie, maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION
D ^{re} Diane Cusson	MD, Médecin-conseil Responsable médicale du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Chaudière-Appalaches
France Delagrave	Agente de planification, de programmation et de recherche Développement de l'enfance de 0 à 5 ans
D ^{re} Marie-Josée Drolet	MD, M.Sc., FRCPC, Médecin spécialiste en santé communautaire
Édith Dumont	Agente de planification, de programmation et de recherche Programme Kino-Québec
D ^r Claude Fournier	MD, Médecin-conseil Santé mentale
Rodrigue Gallagher	Agent de planification, de programmation et de recherche Prévention du suicide
D ^{re} Diane Joly	MD, Médecin-conseil Promotion de la santé physique et psychosociale
D ^{re} Odette Laplante	MD, M.Sc., FRCPC, Médecin-conseil Périnatalité et petite enfance, soutien aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) - responsabilité populationnelle

D ^{re} Louise Paré	MD, M.Sc., CSPQ, Médecin-conseil Prévention du suicide, santé des hommes, dépistage des cancers
D ^r Conrad Pouliot	MD, Médecin-conseil Promotion de la santé physique et psychosociale
André Secours	Agent de planification, de programmation et de recherche Lutte au tabagisme, dépendances
Édith St-Hilaire	Agente de planification, de programmation et de recherche Prévention du suicide
Brigitte Tardif	Agente de planification, de programmation et de recherche Toxicomanies et jeu excessif, dépendances
D ^{re} Barbara Tessier	MD, M.Sc., Médecin-conseil Pratiques cliniques préventives, périnatalité
D ^{re} Gabrielle Vermette	MD, Médecin-conseil Clinique jeunesse, ordonnance collective contraceptifs hormonaux
<i>Service en maladies infectieuses</i>	<i>Coordonnatrice</i> <i>D^{re} Diane Morin</i>
D ^{re} Brigitte Fournier	MD, Médecin-conseil Chef d'équipe Enquêtes, responsable des infections transmissibles sexuellement et par le sang et programme de vaccination contre les hépatites, mesure de santé publique, pandémie d'influenza
Lucie Paré	Responsable des programmes de vaccination des jeunes et comités régionaux en immunisation, surveillance, enquêtes, info-conseil
<i>Service en santé et environnement et santé au travail</i>	<i>Coordonnateurs</i> <i>Marie-Claude Laberge</i> <i>Jean-Pierre Vigneault</i>
Judith Alain	Agente de planification, de programmation et de recherche
Simon Arbour	Agent de planification, de programmation et de recherche Schémas d'aménagement, études d'impact environnemental, garde de jour, cyanobactéries
D ^r Pierre Deshaies	MD, M.Sc., FRCPC, Médecin-conseil Plan de surveillance, dépistage des cancers
Lucie Laflamme	Agente de planification, de programmation et de recherche Eau potable, maladies à déclaration obligatoire, garde de jour, monoxyde de carbone
Chantal Lavoie-Dumont	Agente de planification, de programmation et de recherche Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en milieu de travail
Pierre Lainesse	Hygiéniste du travail Surveillance de l'exposition des travailleurs
Richard Martin	M.A., Agent de recherche en santé au travail Responsable du Plan de surveillance (exposition et état de santé des travailleurs)
Maggy P. Rousseau	Agente de planification, de programmation et de recherche Garde de jour, eau potable, schémas d'aménagement

D ^{re} Barbara Tessier	MD, M.Sc., Médecin-conseil Herbe à poux, rayonnement ultraviolet et cancer de la peau
D ^r René Veillette	MD, M.Sc., FRCPC, Médecin-conseil Qualité de l'air intérieur, amiante, mesures d'urgence, garde 24/7, radon, soutien aux professionnels

DIRECTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE DE L'AGENCE

Denise Gagné	M.Sc., Agente de planification, de programmation et de recherche Programme de lutte contre le cancer, santé physique
--------------	---

DIRECTION GÉNÉRALE ASSOCIÉE AU PARTENARIAT ET DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL DE L'AGENCE

Pierre-Luc Lévesque	M.A., Agent d'information
---------------------	---------------------------

AUTRES COLLABORATEURS

D ^{re} Louise Beaudry	MD, Médecin, Groupe de médecine de famille (GMF) de Laurier-Station
Annabelle Dumais	Kinésiologue, étudiante à la maîtrise en kinésiologie, Université Laval, stagiaire au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Guy Thibault	Ph.D., chercheur, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

RELECTEURS EXTERNES

Responsables locaux de santé publique

Nathalie Bishop	CSSS de la région de Thetford
Guyline Fortin	CSSS de Montmagny-L'Islet
Pierrette Gilbert	CSSS des Etchemins
Denis Lafontaine	CSSS de Beauce
Sylvie Nolet	CSSS du Grand Littoral

Représentantes du Comité de lutte contre le cancer

Nicole Caron	Gestionnaire programme de lutte contre le cancer CSSS de Beauce
Louise Martin	Gestionnaire programme de lutte contre le cancer CHAU Hôtel-Dieu de Lévis
Brigitte Legault	Gestionnaire programme de lutte contre le cancer CSSS du Grand Littoral
D ^{re} Danielle Marceau	MD, Hémato-oncologue, Chef du département d'hémato-oncologie CHAU Hôtel-Dieu de Lévis

Infirmière

Véronique Lebel	Infirmière cadre-conseil régionale en oncologie CHAU Hôtel-Dieu de Lévis
-----------------	---

Agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS

Louise Fortin CSSS de Montmagny-L'Islet

Pierre-Yves Vachon CSSS des Etchemins

REMERCIEMENTS

Les instances et comités consultés :

- Agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS
- Comité de direction de l'Agence
- Comité de gestion de la Direction de santé publique et de l'évaluation
- Comité de médecine spécialisée de la Direction de santé publique et de l'évaluation
- Comité médical de la promotion de la santé physique et psychosociale de la Direction de santé publique et de l'évaluation
- Comité régional de lutte contre le cancer
- Commission infirmière régionale
- Commission multidisciplinaire régionale
- Conférence régionale des élu(e)s, Groupe-conseil Santé
- Département régional de médecine générale
- Organismes communautaires impliqués en cancer
- Table des responsables locaux de santé publique en CSSS
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

D^{re} Linda Perron MD, Ph.D., FRCPC, Médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence

D^{re} Marie-Claude Messely MD, FRCPC, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Benoît Laberge Chef d'équipe jeunesse
Programme Kino-Québec et Approche École en santé,
Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence

Jessica Roof Agente de planification, de programmation et de recherche
Programme Kino-Québec, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Agence

Mot du directeur de santé publique

En Chaudière-Appalaches, chaque année, près de 2 000 personnes reçoivent un diagnostic de cancer et 900 en meurent. Nous pourrions éviter au moins 1 000 de ces cancers et près de 500 décès chaque année. Nous pouvons aussi grandement alléger les souffrances des personnes qui en sont affectées. Comment? En évitant l'usage du tabac, en mangeant mieux, en bougeant plus et en éliminant de nos environnements certaines substances cancérigènes bien connues. De plus, nous pouvons diminuer la sévérité de certains cancers en les détectant plus tôt et en accompagnant mieux les personnes atteintes de cancer vers des changements dans leurs habitudes de vie. Ceci peut diminuer les conséquences néfastes de la maladie, prévenir les récives et alléger le fardeau pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

Les actions préventives doivent s'appliquer tout au long du continuum de soins et de services en cancer, depuis le moment où les personnes sont en santé, lors du dépistage, du diagnostic, du traitement, de la rémission ou des soins palliatifs.

Toutefois, la responsabilité de la prévention des cancers n'appartient pas aux seuls services de santé. Elle est partagée par tous les citoyens, y compris les citoyens corporatifs comme les entreprises, les établissements publics, les organismes communautaires, les municipalités, les commissions scolaires et plusieurs ministères. La compréhension commune et la cohérence des actions des différents acteurs sont donc essentielles.

Ce rapport présente les liens entre le cancer et les habitudes de vie, l'environnement physique, le milieu de travail et certaines maladies infectieuses. Il s'adresse aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, aux intervenants et aux partenaires travaillant auprès de la population générale et des personnes atteintes de cancer.

Nous devons consentir l'essentiel de nos investissements à favoriser les saines habitudes de vie et à mettre en place des environnements sains pour évoluer vers des communautés en bonne santé. Si on y parvient, à elle seule, la diminution du nombre de personnes atteintes de cancer permettra d'allouer plus de ressources aux autres étapes du continuum de soins et de services en cancer sans qu'il en coûte globalement davantage. De plus, des saines habitudes de vie, adaptées à leur état de santé, aident aussi les personnes atteintes à lutter contre le cancer. Enfin, il y a lieu de se préoccuper davantage des personnes de milieux défavorisés.

Le cancer est devenu une maladie chronique et de plus en plus de gens y survivent. Cependant, sa grande fréquence mène toujours à beaucoup de décès. Tous les efforts consentis à promouvoir des saines habitudes de vie et des environnements favorables sont donc un investissement à long terme dans la santé et le bien-être. Ces efforts contribuent également à mieux combattre la majorité des autres maladies chroniques.

Je suis particulièrement fier de présenter ce rapport. Les recommandations qui en découlent seront accompagnées des conditions concrètes pour leur réalisation. Bien sûr, nous ne partons pas de rien. Certaines interventions portent déjà des résultats. Je sollicite la contribution de tous pour qu'ensemble nous soyons partenaires dans ce grand chantier de la lutte contre le cancer.

Philippe Lessard, MD

Table des matières

AVANT-PROPOS.....	13
INTRODUCTION.....	17
1. UN APERÇU DE LA SITUATION DES CANCERS.....	19
1.1 LES CAUSES ET LES MÉCANISMES ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DU CANCER	19
1.1.1 <i>Les facteurs de risque.....</i>	19
1.1.2 <i>Les mécanismes associés au développement du cancer</i>	21
1.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA SITUATION DU CANCER	22
1.2.1 <i>Une cause majeure de décès dans le monde</i>	23
1.2.2 <i>Au Canada, le cancer touche plus de 4 personnes sur 10.....</i>	23
1.2.3 <i>Le Québec : un positionnement peu enviable</i>	24
1.2.4 <i>La région de la Chaudière-Appalaches : un renversement de la situation?.....</i>	25
2. UN PEU DE THÉORIE... LE CADRE CONCEPTUEL	28
2.1 LA NOTION DE CONTINUUM	28
2.2 L'ORGANISATION DES SERVICES EN CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES	29
2.3 PRÉVENIR LE CANCER : UNE APPLICATION DE LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ	35
2.4 PRÉVENIR LE CANCER, C'EST ÉGALEMENT PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES	37
3. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES CANCERS.....	39
3.1 MISER SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	39
3.1.1 <i>Le non-usage du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée secondaire</i>	40
3.1.2 <i>L'alimentation saine</i>	50
3.1.3 <i>Le poids santé.....</i>	61
3.1.4 <i>L'activité physique au quotidien.....</i>	66
3.1.5 <i>L'alcool : un produit banalisé</i>	77
3.1.6 <i>La gestion du stress.....</i>	83
3.1.7 <i>L'allaitement.....</i>	87
3.2 LES PARTICULARITÉS CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES	92
3.3 SOUTENIR LES ACTIONS PRÉVENTIVES	95
3.3.1 <i>Créer des milieux favorables</i>	95
3.3.1.1 La création d'environnements favorables	95
3.3.1.2 Les conditions socioéconomiques	98
3.3.1.3 L'environnement physique.....	100
3.3.2 <i>Acquérir des aptitudes individuelles</i>	100
Les priorités des déterminants de la santé et des actions préventives	106
4. PROTÉGER LA SANTÉ.....	109
4.1 L'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT	109
4.1.1 <i>L'exposition par l'air</i>	110
4.1.1.1 Le radon	110
4.1.1.2 L'amiante	111
4.1.1.3 La pollution atmosphérique.....	113
4.1.2 <i>L'exposition par l'eau</i>	116
4.1.2.1 L'arsenic	116
4.1.2.2 Les nitrates	117
4.1.2.3 Les sous-produits de la chloration	117
4.1.2.4 Les cyanobactéries.....	118
4.1.3 <i>L'exposition aux pesticides dans les sols, l'eau et l'air.....</i>	118
4.1.4 <i>L'exposition aux ultraviolets.....</i>	119
4.1.5 <i>L'exposition aux champs électromagnétiques.....</i>	124
Les priorités de l'exposition dans l'environnement physique	128

4.2	L'EXPOSITION AU TRAVAIL.....	129
4.2.1	<i>Les cancers d'origine occupationnelle en Chaudière-Appalaches.....</i>	132
4.2.1.1	Les travailleurs indemnisés par la CSST.....	133
4.2.1.2	Les cancers déclarés au directeur de santé publique.....	134
4.2.1.3	Le fichier des tumeurs du Québec.....	135
4.2.2	<i>L'exposition à des produits cancérigènes en Chaudière-Appalaches.....</i>	136
4.2.2.1	L'exposition des travailleurs des mines à l'amiante chrysotile.....	136
4.2.2.2	L'exposition à l'amiante dans les autres secteurs d'activité économique.....	137
4.2.2.3	Le registre des surexpositions.....	138
4.2.2.4	L'exposition à l'amiante en milieu scolaire.....	139
4.2.2.5	Les autres expositions potentielles.....	141
4.2.3	<i>Les actions préventives régionales face aux cancers causés par le travail.....</i>	142
	Les priorités de l'exposition au travail.....	146
4.3	L'EXPOSITION PAR DES AGENTS INFECTIEUX.....	147
4.3.1	<i>Le cancer en lien avec certaines maladies virales.....</i>	147
4.3.2	<i>Les modes de transmission et les facteurs de risques des VPH, de l'hépatite C, de l'hépatite B et du VIH.....</i>	148
4.3.3	<i>Les mesures de prévention.....</i>	151
	Les priorités de l'exposition par des agents infectieux.....	155
	Les priorités de l'exposition dans l'environnement physique, au travail et par les agents infectieux.....	156
5.	DÉPISTER LES CANCERS? LESQUELS?	157
5.1	LES CONDITIONS À L'INSTAURATION D'UN DÉPISTAGE.....	157
5.2	LES RECOMMANDATIONS EN DÉPISTAGE : UNE SYNTHÈSE.....	161
5.3	LES LIGNES DE CONDUITES NATIONALES ET LA SITUATION RÉGIONALE.....	162
5.3.1	<i>Le dépistage du cancer du sein : un programme de dépistage systématique.....</i>	163
5.3.2	<i>Le dépistage du cancer colorectal : les défis de l'implantation d'un programme systématique de dépistage.....</i>	165
5.3.3	<i>Le cancer du cancer du col utérin : optimiser les services.....</i>	167
5.3.4	<i>Le dépistage du cancer de la prostate : un sujet controversé.....</i>	168
	Les priorités pour le dépistage des cancers.....	171
6.	INVESTIGUER ET DIAGNOSTIQUER	173
6.1	LES NOUVEAUX CAS DE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES.....	173
6.1.1	<i>Une augmentation du nombre de cas, une stabilité du taux.....</i>	173
6.1.2	<i>La répartition des nouveaux cas de cancer.....</i>	174
6.1.3	<i>Une situation différente chez les femmes et chez les hommes.....</i>	175
6.1.4	<i>Les jeunes, un petit nombre, des impacts majeurs.....</i>	176
6.2	LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS.....	176
6.2.1	<i>Une comparaison des quatre cancers les plus fréquents.....</i>	176
6.2.2	<i>Le cancer du poumon : poursuivons les efforts préventifs.....</i>	178
6.2.3	<i>Le cancer colorectal : une situation stable.....</i>	180
6.2.4	<i>Le cancer du sein.....</i>	182
6.2.5	<i>Le cancer de la prostate.....</i>	188
6.3	LES SERVICES AU DIAGNOSTIC POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET LEURS PROCHES.....	190
	Les priorités de l'investigation et du diagnostic.....	192
7.	LE SOUTIEN ET L'ADAPTATION À TOUTES LES ÉTAPES DU CONTINUUM.....	193
7.1	LE SOUTIEN.....	193
7.1.1	<i>Soutenir les actions préventives.....</i>	194
7.1.2	<i>Stress, détresse psychologique et troubles psychiatriques associés au cancer... ..</i>	194
7.1.3	<i>Les programmes de soutien psychosocial et spirituel.....</i>	196
7.1.4	<i>Le soutien par des méthodes complémentaires.....</i>	196
7.1.5	<i>Le soutien par des organismes communautaires.....</i>	198
7.2	L'ADAPTATION.....	198

Les priorités du soutien et de l'adaptation.....	201
8. TRAITER LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER	203
8.1 LES HOSPITALISATIONS : LA SITUATION EN CHAUDIÈRE-APPALACHES	203
8.2 LES TRAITEMENTS CURATIFS ET PRÉVENTIFS.....	205
8.2.1 <i>Les traitements médicaux</i>	205
8.2.2 <i>La cessation tabagique</i>	206
8.2.3 <i>La nutrition</i>	208
8.2.4 <i>L'activité physique</i>	209
8.2.5 <i>La vaccination</i>	210
8.3 L'ORGANISATION DES SERVICES	211
Les priorités des traitements des personnes atteintes de cancer	213
9. LA RÉMISSION	215
9.1 L'AMÉLIORATION DE LA SURVIE	215
9.2 LES PERSONNES EN RÉMISSION.....	216
Les priorités pour la rémission	219
10. LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE FIN DE VIE.....	221
10.1 LE CANCER, LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS.....	221
10.2 LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE FIN DE VIE.....	226
Les priorités pour les soins palliatifs	230
11. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	231
12. PASSER À L'ACTION TOUS ENSEMBLE	232
13. LE MOT DE LA FIN	239
RÉFÉRENCES	241
ANNEXES	267

Liste des abréviations et acronymes

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
APS	Antigène prostatique spécifique
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CLSC	Centre local de service communautaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
FMRC	Fonds mondial de recherche contre le cancer
GMF	Groupe de médecine de famille
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

AVANT-PROPOS

Dans sa région, le directeur de santé publique est responsable d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des facteurs de risque et des interventions jugées les plus efficaces. Il doit donc produire et diffuser périodiquement des rapports sur l'état de santé de la population.

Plusieurs orientations et interventions du *Programme national de santé publique 2003-2012*[1] concernent directement ou indirectement la prévention du cancer, particulièrement en ce qui concerne les saines habitudes de vie, les pratiques cliniques préventives et la création d'environnements favorables à la santé.

Ce deuxième Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches est le fruit du travail de collaboration des directions de l'Agence qui partagent la responsabilité de la lutte au cancer sur tout le continuum de soins et de services en cancer, principalement la Direction des services de santé et de médecine universitaire et la DSPE. Il porte sur la prévention qui est possible tout au long du continuum, tant pour la population générale que pour les personnes atteintes de cancer.

L'édition 2010 du rapport du directeur de santé publique est le résultat d'une démarche déployée sur une période de plus d'un an :

- la création d'un comité d'orientation mettant en lien toutes les équipes de la DSPE et de la Direction des services de santé et de médecine universitaire;
- une revue de littérature sur la prévention des cancers;
- une revue des programmes régionaux existants en lien avec la prévention du cancer;
- une analyse des données de surveillance du Fichier des tumeurs, du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, du Fichier des décès, ainsi que des résultats régionaux de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada;
- une démarche de consultation avec de nombreux partenaires de la région;
- une démarche de priorisation basée sur des critères objectifs, tant à l'interne qu'avec ces partenaires.

Il persiste plusieurs écarts entre la situation désirée par le MSSS dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*[2] et le *Projet clinique cancer et soins palliatifs 2007-2012*[3] entériné par l'Agence et son Comité régional de lutte contre le cancer. L'implantation et la consolidation du réseau intégré de lutte contre le cancer est essentielle à l'application cohérente de certaines recommandations du rapport.

Glossaire

0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : programme visant la promotion du non usage du tabac (0), de la consommation d'au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour (5) et de la pratique de 30 minutes d'activités physiques par jour. Les stratégies proposées sont : éducatives (permettant à tous d'avoir des connaissances et de développer des habiletés), environnementales (modifiant des milieux de vie : travail, école, municipalité...) et de communication (campagne de promotion provinciale régionale et locale sur les saines habitudes de vie). Pour en savoir davantage, consulter le site Internet :

<http://www.0-5-30.com/Chaudiere-Appalaches/notreRegion.asp?rgn=Chaudiere-Appalaches>

Activité aérobie d'intensité élevée : activité aérobie qui entraîne un essoufflement qui gêne la conversation.

Activité aérobie d'intensité moyenne : activité aérobie qui s'accompagne d'un léger essoufflement.

Alimentation : Ensemble des produits alimentaires consommés par un individu.

Approche École en santé : Au Québec l'approche École en santé s'inscrit dans l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation ainsi que dans le Programme national de santé publique. École en santé propose d'intervenir de façon globale et concertée à partir de l'école en inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes sociaux et de santé au projet éducatif de l'école. Elle vise à travailler sur les facteurs clés du développement des jeunes notamment, l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, les environnements favorables, les services préventifs, et cela, particulièrement auprès des jeunes, de l'école, de la famille et de la communauté. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et qui travaillent en concertation[4]. Pour en savoir davantage, consulter le site internet :

<http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>.

Aptitude cardiorespiratoire : L'aptitude cardiorespiratoire (ou aptitude aérobie) est la capacité du système cardiorespiratoire – cœur, poumons, circulation sanguine, cellules musculaires, etc. – à transporter et à utiliser de l'oxygène pour faire un travail musculaire. On évalue l'aptitude aérobie en mesurant la consommation maximale d'oxygène (VO₂max). Comme bien d'autres qualités physiques ou mentales, l'aptitude cardiorespiratoire d'une personne dépend notamment de ses prédispositions génétiques. Mais toute personne qui augmente sa pratique d'activités physiques aérobies profitera d'une amélioration de son aptitude cardiorespiratoire et d'une diminution du risque d'être atteinte de certains types de cancer.

Cancer : Maladie caractérisée par la prolifération anormale et désordonnée des cellules. À l'exception des cellules cancéreuses, certains fluides physiologiques (sang, liquide lymphatique) forment par la suite une tumeur maligne (dite tumeur primaire) qui envahit les tissus adjacents. Pour beaucoup de cancers, les cellules cancéreuses peuvent migrer vers d'autres organes et y proliférer. Ces proliférations, distantes de la tumeur primaire, sont appelées métastases.

Condition physique : La condition physique réfère au niveau de développement de qualités physiques et motrices telles l'aptitude cardiorespiratoire, la proportion de graisse dans la masse corporelle, la force, la puissance et l'endurance musculaires, de même que la flexibilité, la coordination et l'équilibre. Une personne en bonne condition physique a une meilleure capacité fonctionnelle : elle éprouve moins de difficultés à exécuter des tâches liées aux études, au travail et aux activités quotidiennes et de loisir.

Continuum de soins et de services en cancer : Ensemble d'étapes incluant la promotion de la santé, la prévention des cancers, le dépistage, l'investigation, le diagnostic, les traitements, les soins palliatifs et les soins de fin de vie. La notion de continuum implique la continuité entre chacune des étapes et l'accessibilité aux services.

Dépistage : Application de tests à un individu qui fait partie d'un groupe partageant certaines caractéristiques communes. Le dépistage vise à départager les personnes qui sont probablement porteuses d'une maladie non diagnostiquée ou d'un facteur de risque d'une maladie, des personnes qui en sont probablement exemptes.

Dépistage opportuniste : Activité de dépistage qui est pratiquée au cours d'une visite chez un médecin et qui n'est ni encadrée par une organisation dédiée à cette activité ni par des balises de pratiques cliniques strictement établies.

Dépistage organisé : Voir programme organisé de dépistage.

Groupes vulnérables : Groupes de la population plus à risque de développer des problèmes physiques liés à leur situation telle que :

- l'âge (comme les jeunes enfants et les personnes âgées);
- le statut économique (les personnes à revenu inférieur);
- le type de ménage (famille monoparentale, personnes seules);
- la scolarité (études secondaires non complétées).

Mode de vie physiquement actif : Un mode de vie physiquement actif est un style de vie intégrant diverses formes d'activité physique à son quotidien. Il s'agit d'activités de loisir qui demandent un engagement musculaire (sports, jardinage, bricolage), de même que d'exercices de développement et d'entretien des déterminants de la condition physique (aquaforme, musculation), mais aussi d'activités de locomotion (marche, vélo, ski de fond) et utilitaires (entretien ménager, pelletage).

Nutrition : Ensemble des processus par lesquels un être vivant, animal ou végétal, absorbe, métabolise, utilise et élimine les aliments pour assurer sa croissance, son entretien et son fonctionnement, ainsi que pour produire de la chaleur et de l'énergie.

Partenaires intersectoriels : Les partenaires intersectoriels identifiés dans le *Plan stratégique régional et intersectoriel de main-d'œuvre de Chaudière-Appalaches*[5] sont les suivants :

- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles;
- Ministère des Affaires municipales et des Régions;
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport;
- Ministère du Tourisme;
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation;
- Conférence régionale des élu(e)s de la Chaudière-Appalaches;
- Les municipalités régionales de comté;
- Les municipalités;
- Les cégeps;
- Les universités;
- Les commissions scolaires;
- Les centres locaux d'emploi;
- Les carrefours jeunesse-emploi.

Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir[6] Ce plan propose une vision transversale de la santé par l'implication des ministères qui ont une influence sur les environnements. Plus de 70 mesures sont prévues et le cadre conceptuel utilisé dans ce plan tient compte de facteurs environnementaux structurants :

- disponibilité et accessibilité des produits et services;
- structures physiques;
- structures sociales et politiques;
- culture et messages médiatiques.

Pour en savoir davantage, consulter le document complet à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>

Proches : Les personnes ayant un lien significatif selon le patient. Elles comprennent :

- la famille biologique;
- la famille par alliance (liée par le mariage/par contrat et conjoint de fait);
- la famille choisie, des amis.

Programme de dépistage systématique (ou programme organisé de dépistage) : Intervention organisée qui permet d'offrir le dépistage d'une maladie spécifique dans des groupes d'une population clairement définie. Le programme doit assurer l'accès à toutes les fonctions essentielles requises dans le cadre du dépistage : l'identification des individus de la population cible, l'invitation, l'information pour une décision individuelle informée, basée sur un consentement éclairé, la mise à disposition du test, l'analyse du test, le suivi clinique requis et les traitements adéquats le cas échéant. Le programme doit mettre en œuvre ces services selon des normes de qualité et de performance établies et en assurer le suivi et l'évaluation pour permettre l'optimisation des effets bénéfiques tout en minimisant les effets néfastes.

UVA : Les rayons ultraviolets de type A (UVA) constituent la majeure partie de la lumière naturelle du soleil. Ces rayons sont capables de pénétrer profondément dans la peau, provoquant ainsi le vieillissement et l'apparition de rides.

UVB : Les rayons ultraviolets de type B (UVB) sont ceux qui causent le plus de dommages à la peau. Étant près de 1 000 fois plus puissants que les rayons UVA, ils sont les principaux responsables des coups de soleil.

INTRODUCTION

Ce rapport sur la prévention des cancers à toutes les étapes du continuum de soins et de services, depuis la promotion de la santé et la prévention jusqu'aux soins palliatifs, s'adresse d'abord à tous les intervenants et décideurs concernés par la problématique du cancer en Chaudière-Appalaches. Les recommandations ciblent ultimement les personnes, les familles, les proches et les communautés.

Toute l'importance du rapport réside dans le fait qu'il est possible de prévenir les cancers et qu'il existe aussi des actions préventives efficaces pour les personnes atteintes de cancer.

La promotion de la santé et la prévention représentent l'ensemble des actions que l'on pose, individuellement et collectivement, pour favoriser la santé et le bien-être, diminuer les risques de maladies et en prévenir les conséquences. Ces sont les seules interventions qui peuvent mener à un meilleur état de santé de la population sans effet secondaire significatif. Les actions le plus en amont possible doivent être privilégiées, comme des saines habitudes vie et des environnements qui les favorisent.

Ces actions préventives contribuent à prévenir les cancers et en même temps l'ensemble des maladies chroniques. Les nombreuses actions préventives contribuent également à maintenir la santé, voire améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés.

Le présent rapport s'appuie notamment sur les travaux du FMRC publiés en 2007 portant sur l'alimentation, la nutrition, l'activité physique et la prévention du cancer[7]. Les travaux du FMRC constituent une référence mondiale en prévention des cancers : il apporte une base solide de connaissances aux pouvoirs publics, aux professionnels de la santé et des services sociaux et à tous les groupes et les personnes concernés par le sujet.

Le rapport du directeur de santé publique se compose de trois documents complémentaires :

- *Les priorités du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer. Prévenir les cancers tous ensemble* qui inclut quelques constats et le résultat de la priorisation des recommandations;
- Le site Web : *Prévenir les cancers tous ensemble. Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.* qui inclut la revue des évidences scientifiques, toutes les recommandations et la priorisation de ces recommandations;
- *Le Recueil statistique du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer. Prévenir les cancers tous ensemble* qui inclut les données d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité par cancer, pour la région et les territoires ainsi que les données régionales sur quelques habitudes de vie.

Les données épidémiologiques choisies pour le rapport sont réparties dans le continuum de soins et de services en cancer. Ainsi, les données des enquêtes sur les saines habitudes de vie, celles sur les polluants dans l'environnement, les cancérogènes au travail et les maladies infectieuses reliées au cancer se retrouvent dans les premiers chapitres (3 et 4) où sont abordés la prévention, la promotion et la protection de la santé pour la population générale. Par la suite, quelques données sont présentées dans la section dépistage (chapitre 5). Les données sur les nouveaux cas de cancer (incidence) sont abordées à la section sur l'investigation et le diagnostic (chapitre 6), celles sur les hospitalisations avec les traitements (chapitre 8), celles sur la survie avec la rémission (chapitre 9) et celles sur les décès (mortalité) sont présentées à la section sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie (chapitre 10). Les données reliées au soutien et à l'adaptation se retrouvent au chapitre 7, mais cette section doit être considérée de façon transversale car les mesures de soutien sont présentes tout au long du continuum de soins et de services en cancer.

Les recommandations du directeur de santé publique identifient des actions à consolider et à développer qui engagent tant le réseau de la santé et ses partenaires, d'un point de vue individuel et environnemental.

1. UN APERÇU DE LA SITUATION DES CANCERS

Afin de montrer les possibilités des actions préventives, les principales causes du cancer sont expliquées, ainsi que les mécanismes connus à ce jour. Pour en savoir davantage, différents documents de référence sont suggérés.

En deuxième partie, quelques données sur le cancer dans le monde, au Canada et au Québec permettent de situer la région.

1.1 LES CAUSES ET LES MÉCANISMES ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DU CANCER

1.1.1 LES FACTEURS DE RISQUE

Le cancer est un terme général utilisé pour décrire une maladie des cellules qui, dans chaque cas, débute de la même manière. Il se déclenche quand les informations génétiques d'une cellule sont endommagées, provoquant sa division à un rythme incontrôlé[8].

Les facteurs déclencheurs du cancer sont encore peu connus de la population. La peur de cette maladie continue à dominer les discussions sur le sujet. Pourtant, les causes du cancer font de plus en plus l'objet de recherches par les milieux scientifiques quant aux facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et environnementaux[7].

Saviez-vous que... l'incidence (le nombre de nouveaux cas) et la mortalité (le nombre de décès) par cancer pourraient être réduites considérablement par le renforcement des saines habitudes de vie, l'élimination ou le contrôle des agents cancérigènes présents dans l'environnement, incluant les milieux de travail et le dépistage de certains cancers[7-11, 13-16]?

La réduction de l'incidence

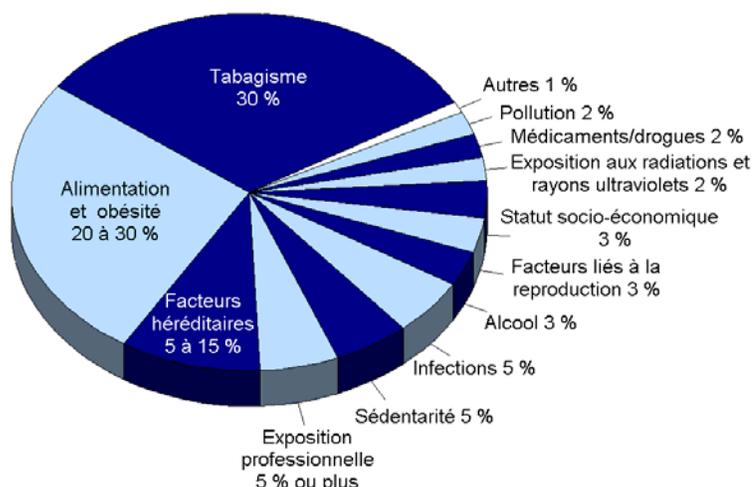
(voir Recueil statistique, section 1.2)

On estime que près de 50 % des cancers pourraient être évités par l'adoption des saines habitudes de vie et l'adoption de politiques publiques favorables à la santé[13-15]. L'OMS rappelle que les nouveaux cas de cancer peuvent être prévenus, particulièrement quand les stratégies sont intégrées à celles de la prévention des maladies chroniques. C'est la méthode qui offre le meilleur rapport coût-efficacité à long terme pour combattre le cancer[15].

La réduction de la mortalité

Une synthèse de plusieurs publications permet d'estimer la contribution des facteurs de risque à la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer.

Facteurs de risque et estimation du pourcentage (%) de la mortalité par cancer attribuable à ce facteur



Adapté de : Maxcy-Rosenau-Last, *Public Health & Preventive Medicine* (1998)[16], MSSS (1998)[9], Béliveau, R. et D. Gingras (2005)[17], OMS (2007)[15], Société canadienne du cancer et al (2005)[14], Agence de la santé publique du Canada (2003)[18].

Plus de la moitié de la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer serait liée à des habitudes de vie **modifiables** telles que le tabagisme (voir Le non-usage du tabac, section 3.1.1), la composition du régime alimentaire (voir L'alimentation saine, section 3.1.2), la sédentarité (voir section Activité physique, section 3.1.4) et la consommation excessive d'alcool (voir L'alcool, section 3.1.5) ainsi que la réduction de l'obésité (voir Le poids santé, section 3.1.3).

Les connaissances actuelles sur le cancer montrent le lien entre la mortalité par cancer et certains facteurs environnementaux qui peuvent **en partie être modifiés**, tels que la fumée secondaire, divers cancérogènes en milieu de travail, certaines infections (VPH et hépatite B) et des facteurs liés à la reproduction et au statut socioéconomique, ainsi que l'exposition aux rayonnements et à la pollution.

Seulement une faible proportion des cancers est liée aux facteurs héréditaires **non modifiables**, c'est à dire à des gènes défectueux transmis par l'hérédité[7, 17].

L'importance du lien entre les habitudes de vie et les risques de cancer ainsi que la mortalité attribuable au cancer justifie des actions pour le prévenir.

La population vieillit, les risques de développer un cancer augmentent...

Au Canada, l'espérance de vie a progressé de près de 20 ans entre 1920 et 2002 : elle est passée de 59 ans à 77 ans pour les hommes et de 61 ans à 82 ans pour les femmes [19]. Le développement du cancer peut être vu comme le corollaire de la capacité des humains à évoluer, s'adapter et augmenter sa longévité. Plus l'être humain vit vieux, plus il risque d'être atteint d'une maladie chronique, dont le cancer, et même plusieurs cancers.

Saviez-vous que... les cancers apparaissent lorsqu'il y a suffisamment de mutations qui s'accumulent dans certaines cellules, la plupart du temps à un âge rarement atteint auparavant dans l'évolution de l'espèce humaine?

1.1.2 LES MÉCANISMES ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DU CANCER

Depuis le début des années 1990, de grands progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes associés au développement du cancer. Les principes de base sur les mécanismes associés au développement d'un cancer sont présentés dans cette section. Pour plus de détails, différents liens sont effectués dans les autres sections du rapport.

Le cancer est une maladie qui affecte la cellule. La cellule comprend un noyau qui contient les gènes qui régissent le fonctionnement de la cellule[17].

L'évolution des organismes vivants dépend d'un cumul d'adaptations qui proviennent de changements dans l'expression de l'information génétique transportée par l'ADN. Même s'il n'y a pas de changement dans l'ADN, des altérations dans la traduction du message du code génétique peuvent mener à des modifications fonctionnelles. De façon plus importante, l'ADN lui-même est susceptible de muter à la suite des dommages causés par des sources externes telles que des radiations ou simplement par le processus métabolique. De telles mutations sont les bases essentielles de l'évolution humaine, en produisant des adaptations bénéfiques dans des circonstances environnementales particulières. Ces mécanismes d'adaptation peuvent être bénéfiques, mais ils peuvent également contribuer à des changements nuisibles de la cellule, ce qui peut éventuellement mener au développement du cancer[7].

L'intégrité de l'information génétique est protégée par de nombreux systèmes qui préviennent les dommages à l'ADN, ou qui suppriment ou réparent l'ADN altéré lorsque cela survient. Les imperfections dans ces systèmes limitent leur capacité à bloquer tous les dommages et permettent aux mutations tant celles utiles que nuisibles de survenir[7].

Le développement du cancer n'est que partiellement compris. Parmi les facteurs connus, les hormones, l'état du système immunitaire et les altérations héréditaires à une cellule jouent un rôle dans le développement de la maladie[8]. Les effets sur le fonctionnement des cellules peuvent commencer au cours de la grossesse et la petite enfance, et se poursuivre toute la vie durant[7].

De plus en plus de preuves scientifiques montrent les liens entre les effets de l'activité physique sur le risque de cancers. Ces liens suggèrent que la bioénergie est un autre facteur déterminant du risque de développer certains cancers et du comportement des tumeurs[7]. (voir section L'activité physique, 3.1.4)

Un long processus inflammatoire

Saviez-vous que... l'inflammation, l'obésité et l'activité physique peuvent être reliés au cancer?

Il est majeur de comprendre que les cellules ayant subi des transformations héréditaires ou acquises ne sont pas encore cancéreuses : elles ont seulement le potentiel de le devenir. Encore faut-il qu'elles bénéficient d'un environnement qui incite et soutienne cette transformation vers un stade cancéreux[20].

Le système immunitaire est l'ensemble des phénomènes qui permettent de se défendre contre les agressions, qu'elles soient d'origine pathogène (bactéries et virus), chimique ou encore traumatique. Les cellules chargées de neutraliser rapidement les agressions interviennent en première ligne. En temps normal, cette réaction devrait être de courte durée, car la présence continue de molécules inflammatoires devient extrêmement irritante pour les tissus touchés.

Lorsque la réaction inflammatoire perdure, un état d'inflammation chronique s'installe. L'inflammation chronique peut également être favorisée par certains facteurs liés au mode de vie (tabagisme, sédentarité, surcharge calorique, carence en acides gras oméga-3 et en aliments d'origine végétale) et à l'obésité.

Bien que ce type d'inflammation ne cause pas nécessairement de symptômes apparents, il crée néanmoins un climat propice à la croissance des cellules présentes dans l'environnement en inflammation; un état particulièrement dangereux si le tissu contient des micro-tumeurs composées de cellules précancéreuses. Celles-ci peuvent alors utiliser les facteurs de croissance sécrétés par les cellules inflammatoires, ainsi que le nouveau réseau de vaisseaux sanguins créé à proximité de l'inflammation, pour devenir une tumeur mature qui a le potentiel de rendre malade[20].

Ces connaissances et processus sont complexes. Leur application concrète pour les actions préventives est simplifiée et rendue accessible par l'ensemble des recommandations du FMRC[8].

Les mécanismes liés à des déterminants de la santé sont expliqués plus en détails dans chacune des sections correspondantes :

- Alimentation (voir section 3.1.2 et glossaire)
- Obésité (voir section poids santé 3.1.3)
- Activité physique (voir section 3.1.4)
- Stress (voir section 3.1.6)

1.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA SITUATION DU CANCER

Afin de comprendre la situation dans la région, un positionnement par rapport au monde, au Canada et au Québec s'impose. Les données régionales plus détaillées sont présentées dans différentes sections du rapport et dans le recueil statistique (voir Recueil statistique, table des matières).

1.2.1 UNE CAUSE MAJEURE DE DÉCÈS DANS LE MONDE

Les comparaisons mondiales sur la situation du cancer sont effectuées à partir des décès. Ainsi, selon l'OMS, le cancer était à l'origine de 7,4 millions de décès en 2004, soit 13 % de la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) mondiale[13]. Les cinq cancers les plus fréquents dans le monde, en fonction du nombre de décès au niveau mondial, sont :

- chez l'homme : les cancers du poumon, de l'estomac, du foie, colorectal, de l'œsophage et de la prostate;
- chez la femme : les cancers du sein, du poumon, de l'estomac, colorectal et du col utérin.

La répartition des cancers diffère selon les pays. En effet, les études montrent de façon systématique que l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) du cancer change lorsque les populations migrent d'un pays à un autre, et quand l'urbanisation et l'industrialisation s'accroissent[7], illustrant ainsi le lien entre le cancer, l'environnement et le mode de vie.

1.2.2 AU CANADA, LE CANCER TOUCHE PLUS DE 4 PERSONNES SUR 10

Santé Canada transmet des informations sur les cancers les plus fréquents et sur les moyens pour diminuer les risques. La Société canadienne du cancer fournit notamment de nombreuses informations sur les cancers en général et les moyens préventifs.

Saviez-vous que... le cancer représente la première cause de décès, tant au Canada, au Québec qu'en Chaudière-Appalaches?

Les nouveaux cas de cancer

Près de 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie. Les principaux types de cancer¹ sont la prostate, le poumon et le côlon ou rectum chez les hommes et le sein, le poumon et le colorectal chez les femmes. On estime qu'environ 171 000 personnes au Canada auront reçu un diagnostic de cancer en 2009, soit 81 700 femmes et 89 300 hommes[11].

Les taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) pour l'ensemble des cancers sont généralement plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et plus faibles en Colombie-Britannique. Les différences sont tout particulièrement liées au cancer du poumon et aux autres cancers reliés au tabagisme. En effet, parmi les provinces canadiennes, les taux d'incidence du cancer du poumon continuent d'être plus élevés au Québec et au Nouveau-Brunswick : ils reflètent les taux de tabagisme historiquement plus élevés dans ces provinces. Ces taux sont les plus faibles en Colombie-Britannique où le tabagisme est également plus faible depuis plusieurs décennies[11].

¹ À l'exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome.

Les décès

En ce qui concerne les décès, selon les estimations actuelles, 24 % des femmes et 29 % des hommes mourront du cancer en 2009, soit environ le quart des décès. Cette proportion représente environ 75 300 décès, soit 35 700 femmes et 39 600 hommes. Le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer, suivi du cancer colorectal[11].

Le cancer chez les enfants

Chez les enfants, bien que le nombre de nouveaux cas de cancer est relativement stable depuis 1985, l'augmentation de la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) se reflète par une diminution constante des décès. Pour la période 2001 à 2005, une moyenne par année de 836 enfants de 0 à 14 ans étaient diagnostiqués d'un cancer, alors que pour la période 2000 à 2004, 135 enfants en décédaient[11].

Pour en savoir davantage... consulter les sites Internet de :

- Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/cancer-fra.php>
- Société canadienne du cancer : http://www.cancer.ca/Canada-wide.aspx?sc_lang=fr-CA

1.2.3 LE QUÉBEC : UN POSITIONNEMENT PEU ENVIABLE

Les nouveaux cas de cancer

En 2008, environ 40 500 nouveaux cas de cancer ont été déclarés dans la population du Québec, soit 20 100 femmes et 20 400 hommes[21].

L'évolution des taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) du cancer de 1981 à 2008 est en général stable ou à la baisse, avec cependant une exception : le cancer du poumon chez les femmes continue de progresser[21]. Cette stabilité du taux est accompagnée d'une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer car la population vieillit (voir Recueil statistique, section 3.1.1). Même si la population vieillit, il n'y a pas proportionnellement plus de cas par 100 000 habitants.

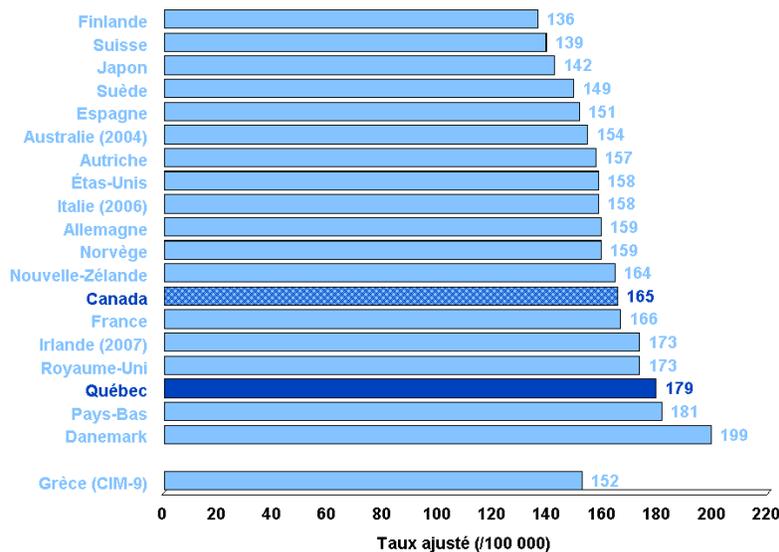
Les hausses des nouveaux cas de cancer de la prostate au milieu des années 90 et de cancer du sein chez la femme à la fin des années 90 sont liées à l'application plus systématique de mesures de dépistage (voir glossaire). Ainsi, les hausses de ces nouveaux cas ne constituent pas nécessairement une augmentation réelle de l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2), mais plutôt de la détection de cas qui, soit n'auraient jamais été détectés, soit auraient été décelés plus tard, possiblement à un stade plus avancé de la maladie[21].

Les décès

En 2008, au Québec, environ 19 400 décès étaient attribuables à un cancer, soit 9 200 femmes et 10 200 hommes[21].

Une comparaison internationale effectuée par l'INSPQ montre qu'au sein des pays sélectionnés, le Québec présentait, en 2005, le taux ajusté de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par tumeurs malignes (tous types de cancer confondus) le plus élevé après le Danemark et les Pays-Bas. Le Canada se positionne mieux que le Québec[22].

Taux ajusté¹ de mortalité par tumeurs malignes, Québec et pays sélectionnés, 2005



Sources INSPQ (2009)[22] :
 MSSS, Fichier des décès, 2005
 MSSS, Service du développement de l'information, version Avril 2008
 Pour les autres pays : ECO-SANTÉ OCDE 2009, Juin 2009
 Statistique Canada, Causes de décès, catalogue 84-208-XIF, tableau CANSIM 102-0522
 Statistique Canada, E-STAT, tableau CANSIM 051-0001

Notes méthodologiques :

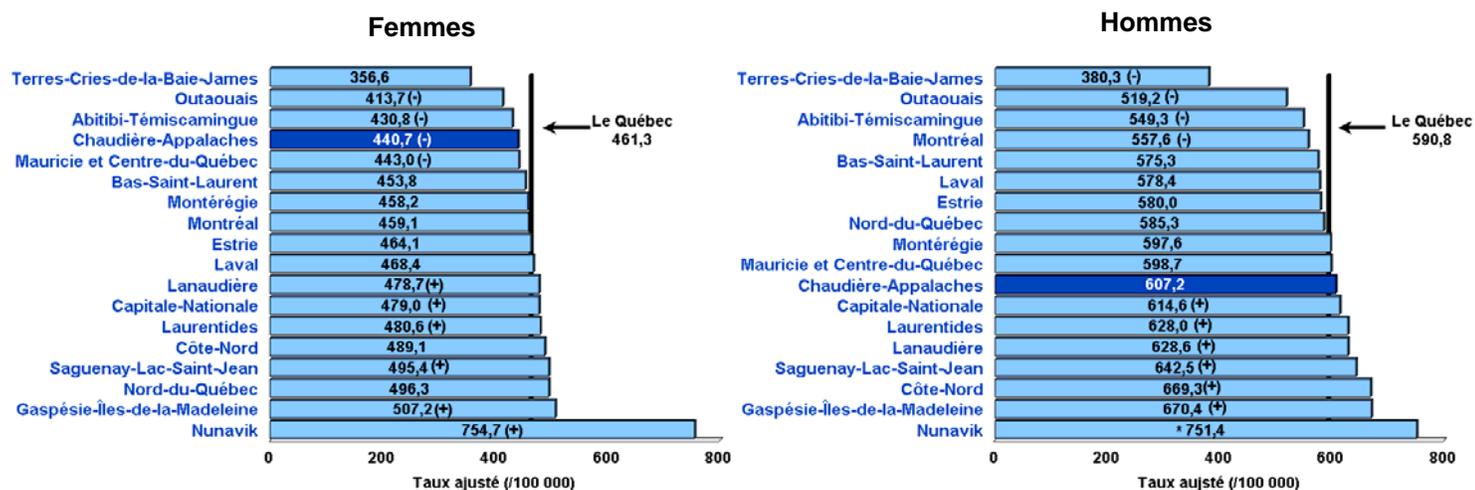
1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population totale des pays de l'OCDE en 1980.
2. Les données de mortalité pour la Grèce sont codées en CIM-9 et ne sont donc pas entièrement comparables à celles des autres pays.

1.2.4 LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES : UN RENVERSEMENT DE LA SITUATION?

Les nouveaux cas de cancer

Selon les données les plus récentes disponibles, la région de la Chaudière-Appalaches se situe avantageusement par rapport à ailleurs au Québec pour les nouveaux cas de cancer chez les femmes (-), tandis que la situation des hommes est semblable à celle du Québec. Toutefois, comme ailleurs au Québec, les hommes sont plus touchés par le cancer que les femmes.

Taux d'incidence pour l'ensemble des cancers, 2003-2006



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

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Projections de population, produites en janvier 2005

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010

Saviez-vous que... un nombre moyen de 912 femmes et de 1 071 hommes ont été diagnostiqués d'un cancer, pour une moyenne de 1 983 personnes chaque année dans la région (période 2003-2006)?

Chez les femmes, les cancers du sein, colorectal et du poumon représentent plus de la moitié (53,9 %) des nouveaux cas de cancer. Chez les hommes, les cancers de la prostate, du poumon et colorectal sont responsables de plus de la moitié (56,3 %) des nouveaux cas de cancer.

Les décès : une situation plus défavorable chez les hommes

Malgré une augmentation du nombre de décès par cancer, le taux de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) demeure relativement stable chez les femmes et diminue chez les hommes.

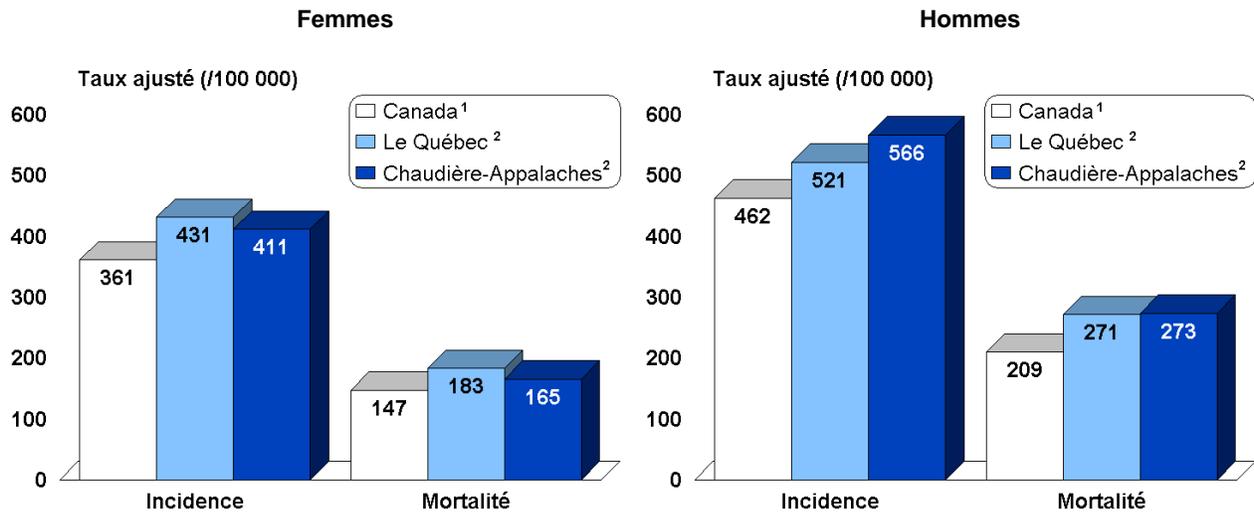
Pour les années 2004 à 2007, une moyenne de 396 femmes et de 496 hommes de la région décédaient du cancer par année.

Les estimations effectuées par l'INSPQ pour l'année 2008 sur les taux de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) pour l'ensemble des cancers montrent que la situation des hommes est semblable dans la région et au Québec, alors que la situation des femmes demeure plus avantageuse dans la région qu'au Québec.

Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer, tant chez les femmes que chez les hommes.

La figure suivante présente les estimations pour le Canada, le Québec et la région. L'estimation la plus récente des nouveaux cas laisse présager que la situation des décès chez les hommes de la région sera de plus en plus désavantageuse comparativement au Québec.

Comparaison de l'estimation des nouveaux cas de cancer et des décès par cancer, 2008



1. Société Canadienne du Cancer et al. (2008)[23]
2. Daigle, J.M. (2008)[21]

2. UN PEU DE THÉORIE... LE CADRE CONCEPTUEL

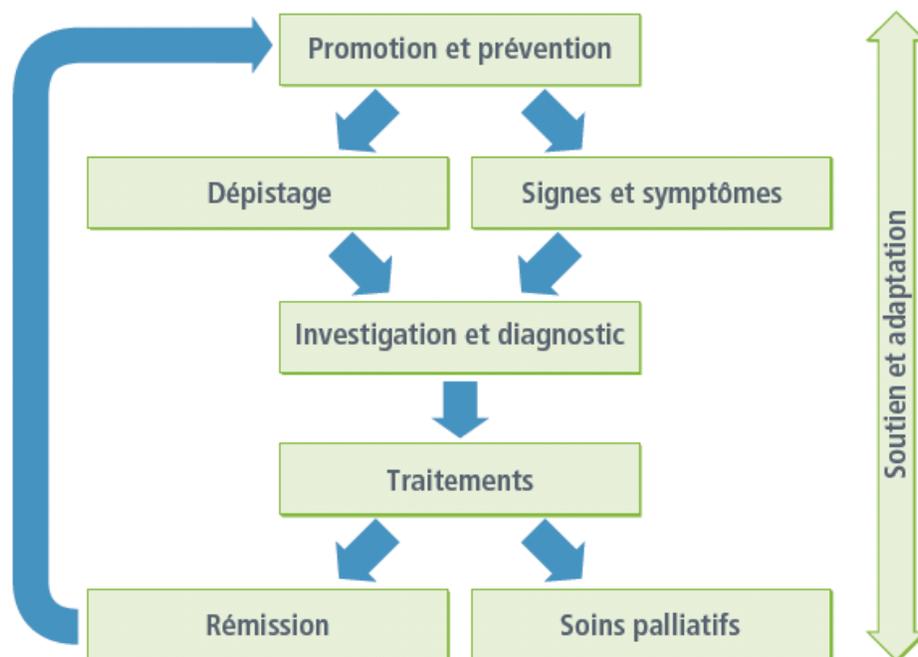
Cette section présente la notion de continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire), la trame de fond de l'ensemble du rapport, et la notion de prévention à intégrer à toutes les étapes de ce continuum, allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Enfin, une vue d'ensemble de l'organisation des services en cancer dans la région permet une meilleure compréhension des différentes recommandations touchant l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention à toutes les étapes du continuum de soins et de services en cancer.

2.1 LA NOTION DE CONTINUUM

Toutes les étapes du continuum de soins et de services en cancer sont présentées dans le rapport, en incluant les actions préventives qui y sont rattachées. La continuité des services est essentielle pour la population générale ou atteinte de cancer. Peu importe son état, la personne doit pouvoir compter sur le soutien d'équipes qui peuvent répondre à ses besoins et à ceux de ses proches (voir glossaire).

Le lieu physique et le type d'intervenants changent selon l'étape où la personne se situe dans le continuum. De plus, les personnes en rémission ont les mêmes besoins que la population générale pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des cancers. Enfin, la promotion de la santé, la prévention des cancers, le soutien et l'adaptation doivent être présents tout au long du continuum.

La prévention des cancers dans le continuum de soins et de services



2.2 L'ORGANISATION DES SERVICES EN CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

L'organisation des soins et des services dans le domaine du cancer a évolué au niveau national et régional, depuis la publication du Programme québécois de lutte contre le cancer.

Afin de mieux lutter contre le cancer, le gouvernement du Québec adoptait en 1998, le Programme québécois de lutte contre le cancer[9].

Le Programme proposait :

- l'implantation d'un programme régional de lutte contre le cancer, incluant un plan d'action;
- l'implantation d'un réseau de services intégrés englobant à la fois les préoccupations populationnelles et individuelles;
- l'intégration de l'ensemble des volets d'intervention (promotion, prévention, dépistage (voir glossaire), investigation, diagnostic, traitements, soutien, adaptation, réadaptation, soins palliatifs et soins de fin de vie) sur l'ensemble du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire).

Il recommandait également :

- la création d'un comité régional de lutte contre le cancer;
- la création d'une équipe régionale d'intervention auprès de la population détenant les mandats reliés à la promotion, à la prévention, au dépistage et à la surveillance;
- l'implantation d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales² en oncologie détenant des mandats et une expertise particulière;
- la disponibilité d'une équipe régionale en soins palliatifs. Plus tard, en 2004, le MSSS[24] recommandait la mise en place d'une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs dans chaque site de prestation afin d'offrir :
 - des soins aux personnes en phases pré-terminale et terminale de cancer ou de maladies à issue fatale;
 - l'expertise et le soutien au personnel des différents programmes ou milieux de soins ainsi qu'aux proches (voir glossaire).

Pour la composition et le mandat des différentes équipes, se référer à l'annexe 1.

Le programme régional de lutte contre le cancer

À la suite de la publication du Programme québécois de lutte contre le cancer[9] et de ses orientations, des directives ministérielles ont conduit à la mise en place de mesures d'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches[25], basé sur le programme national.

² Il n'y a pas d'équipes suprarégionales dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Les étapes préalables à l'implantation ont été :

- la création d'un comité régional de lutte contre le cancer en 2001 détenant un rôle-conseil auprès du président-directeur général de l'Agence;
- la réalisation d'un état de situation régionale en 2002[26] qui dressait le portrait des soins et des services en matière de cancer;
- l'élaboration du Programme régional de lutte contre le cancer publié en 2004, incluant un plan d'action élaboré en fonction des besoins régionaux et des objectifs ministériels. Depuis, ce plan d'action a été révisé et publié sous le nom de Projet clinique cancer et soins palliatifs 2007-2012[3].

Les principales étapes d'implantation du programme ont été :

- la nomination d'un responsable de la lutte contre le cancer dans chacun des établissements ainsi que la mise en place de comités de coordination;
- la mise en place des quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie, lesquelles se sont conformées aux critères de désignation du MSSS en 2005;
- l'implantation des infirmières-pivots en oncologie et la formation associée;
- la mise en place de l'équipe régionale en oncologie au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis et sa désignation par l'Agence en 2007-2008;
- l'élaboration d'un programme local de lutte contre le cancer dans chacun des établissements ainsi que d'un projet clinique local cancer et soins palliatifs 2007-2012, à partir des objectifs nationaux et régionaux.

Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer et les différentes responsabilités

Le MSSS a confié aux agences de la santé et des services sociaux la responsabilité d'implanter un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans leur région respective, et ce, en collaboration avec leur centre hospitalier régional. L'intégration des services, des ressources et de l'expertise pour créer un réseau est retenue comme étant la stratégie d'action privilégiée pour lutter efficacement contre le cancer.

L'Agence détient la responsabilité régionale. Les volets de la promotion et de la prévention relèvent de la DSPE alors que la responsabilité des autres volets du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire) relève de la Direction des services de santé et de médecine universitaire. Quant au centre hospitalier régional, soit le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis, il détient un rôle d'animation dans la région en matière d'expertise, de formation, d'accompagnement et de soutien.

Les CSSS, quant à eux, détiennent une responsabilité populationnelle et ont un rôle en promotion, en prévention, en oncologie et en soins palliatifs. Les CSSS du Grand Littoral et des Etchemins ne comportent pas de centre hospitalier mais collaborent étroitement avec le centre hospitalier de leur territoire, soit respectivement le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis et le CSSS de Beauce - installation Hôpital de Saint-Georges.

Les cinq CSSS, quant à eux, détiennent une responsabilité populationnelle et ont un rôle en promotion, en prévention, en oncologie et en soins palliatifs.

Le Projet clinique cancer et soins palliatifs 2007-2012

Le Projet clinique cancer et soins palliatifs 2007-2012[3] inclut, outre les objectifs régionaux, les activités stratégiques[27] de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS ainsi que les cinq axes d'intervention et soixante mesures correspondant aux orientations prioritaires de la Direction de la lutte contre le cancer 2007-2012[2].

Les mesures stratégiques du MSSS sont priorisées selon **cinq axes d'intervention** :

- consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée;
- **promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir;**
- faciliter le parcours des personnes atteintes de cancer dans le continuum de soins et de services;
- soutenir l'évolution des pratiques;
- évaluer l'atteinte des résultats.

Le projet clinique documente les réalisations au 31 mars 2009 ainsi que les écarts de services. Il consacre une de ses priorités aux interventions de promotion et de prévention. Des écarts subsistent entre l'identification de cette priorité et l'intégration concrète des recommandations auprès de la population générale et des personnes atteintes de cancer.

Des écarts significatifs persistent également quant à la mise en place des équipes d'intervention auprès de la population et à la consolidation financière des équipes interdisciplinaires locales et régionales en oncologie ainsi que des équipes en soins palliatifs. Tous les professionnels de ces équipes représentent des acteurs clés dans la lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches en raison de leur expertise, de leur proximité d'intervention avec les patients et leurs proches (voir glossaire) et du soutien clinique auprès des autres équipes de soins. Or, ces équipes, détenant des rôles et des mandats bien précis, ont été constituées à même les équipes soignantes mais n'ont pas été consolidées financièrement, excepté pour les postes d'infirmières-pivots en oncologie qui le sont partiellement.

Actuellement, l'application et l'actualisation des mandats et des rôles respectifs de ces équipes demeurent précaires faute de ressources suffisantes, particulièrement pour l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis qui ne peut se conformer aux critères de désignation du MSSS. Conséquemment, et de façon générale dans la région, l'accessibilité et l'intensité de services s'en trouvent grandement affectées, de même que la continuité et la qualité des services et, finalement, l'implantation optimale d'un réseau régional de services intégrés de lutte contre le cancer.

Saviez-vous que... la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS publie annuellement un rapport d'activité[28]? Il rend compte des résultats ministériels ainsi que ceux de tout le réseau de lutte contre le cancer et de soins palliatifs.

Plusieurs étapes restent à franchir pour la région de la Chaudière-Appalaches pour l'implantation optimale d'un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer.

La promotion de la santé et la prévention

Les mandats de promotion, de prévention, de dépistage (voir glossaire) et de surveillance prévus au Programme régional de lutte contre le cancer[25] ont été repris dès 2001 par des équipes de la DSPE (Habitudes de vie et maladies chroniques et Surveillance, recherche, évaluation), comme dans la plupart des régions du Québec.

Les mandats de promotion et de prévention chez les adultes sont réalisés par l'équipe Habitudes de vie et maladies chroniques, en étroite collaboration avec les CSSS de Chaudière-Appalaches. Des agents de promotion des saines habitudes de vie sont présents dans les cinq CSSS de la région. Ils ont été formés pour le counselling sur les saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables à la santé, en lien avec le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (zéro tabagisme, cinq fruits et légumes, trente minutes d'activités physiques) (voir glossaire) et certains programmes en lien avec la prévention de l'obésité. Des médecins et infirmières des GMF et quelques cliniques médicales privées ont aussi été formés pour intervenir sur les changements en habitudes de vie. Le Comité régional de suivi 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, qui regroupe des répondants de la DSPE, de CSSS et d'un GMF, assure le suivi du programme.

D'autres professionnels de la DSPE ont des mandats de promotion des saines habitudes de vie dans les équipes de périnatalité et jeunesse. Par ailleurs, les professionnels de Santé et environnement et de Santé au travail de même que ceux des Maladies infectieuses de la DSPE sont interpellés au besoin.

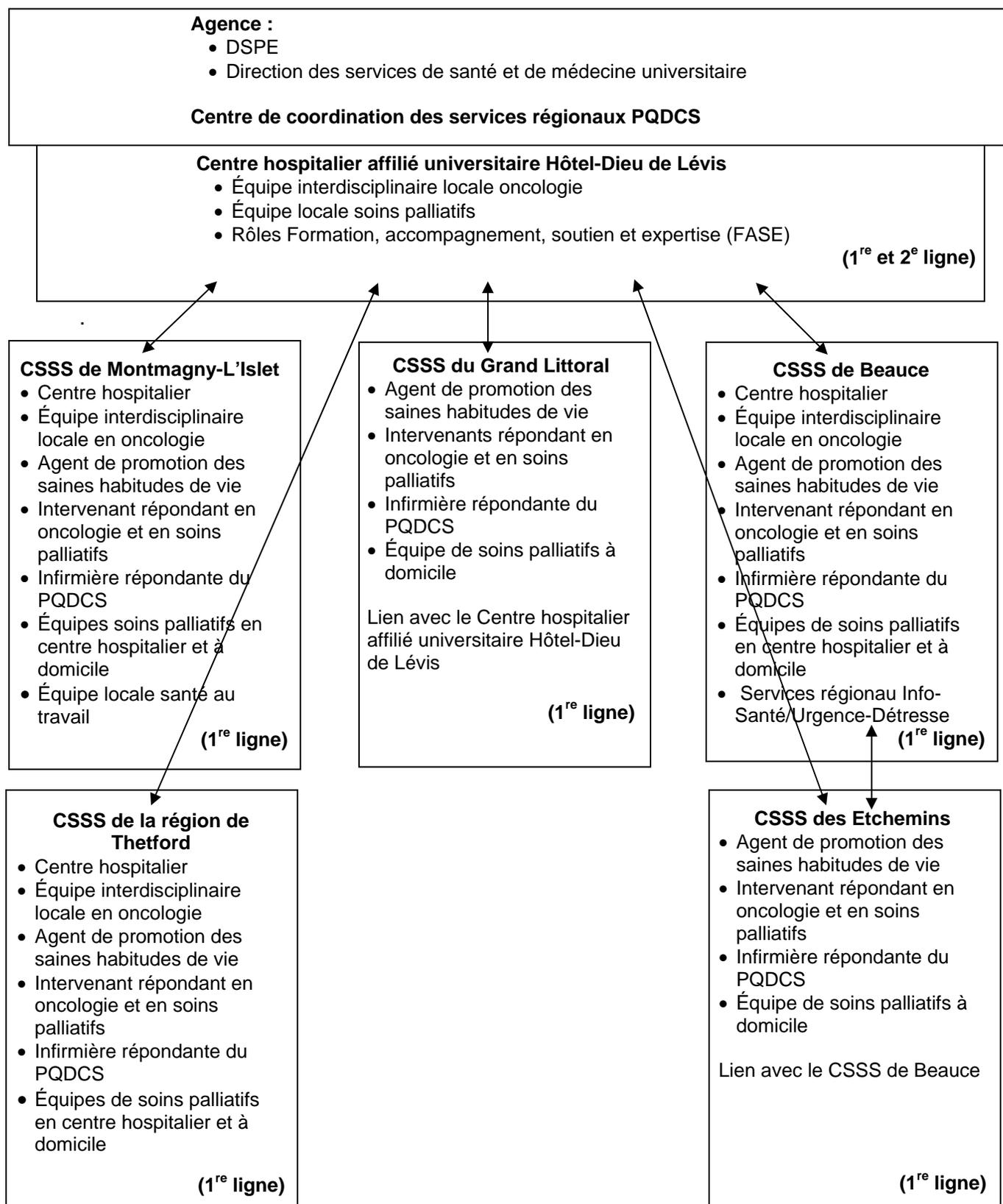
De plus, le Centre de coordination des services régionaux du PQDCS travaille en étroite collaboration avec les Centres de dépistage désignés et les Centres de référence pour investigation désignés de toute la région.

Les établissements

La région compte six établissements dont un Centre hospitalier affilié universitaire régional, l'Hôtel-Dieu de Lévis, ainsi que cinq CSSS : de Montmagny-L'Islet, du Grand Littoral, des Etchemins, de Beauce et de la région de Thetford. Les CSSS des Etchemins et du Grand Littoral ne comportent pas de centre hospitalier mais sont associés respectivement aux équipes interdisciplinaires locales en oncologie du CSSS de Beauce – installation Hôpital de Saint-Georges et du Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis. Toutefois, une démarche de fusion d'établissements est en cours entre le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis et le CSSS du Grand Littoral.

La figure suivante illustre la situation de l'Agence et des établissements dans le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches ainsi que le sommaire des activités relevant de leurs rôles et de leurs mandats respectifs. Ainsi, les CSSS sont des établissements dits de 1^{re} ligne car ils offrent majoritairement des services généraux alors que le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis est un établissement dit de 2^e ligne en raison de sa vocation affiliée universitaire, de son implication en recherche et en formation ainsi qu'en raison de son offre de services spécialisés

Réseau de services intégrés de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches

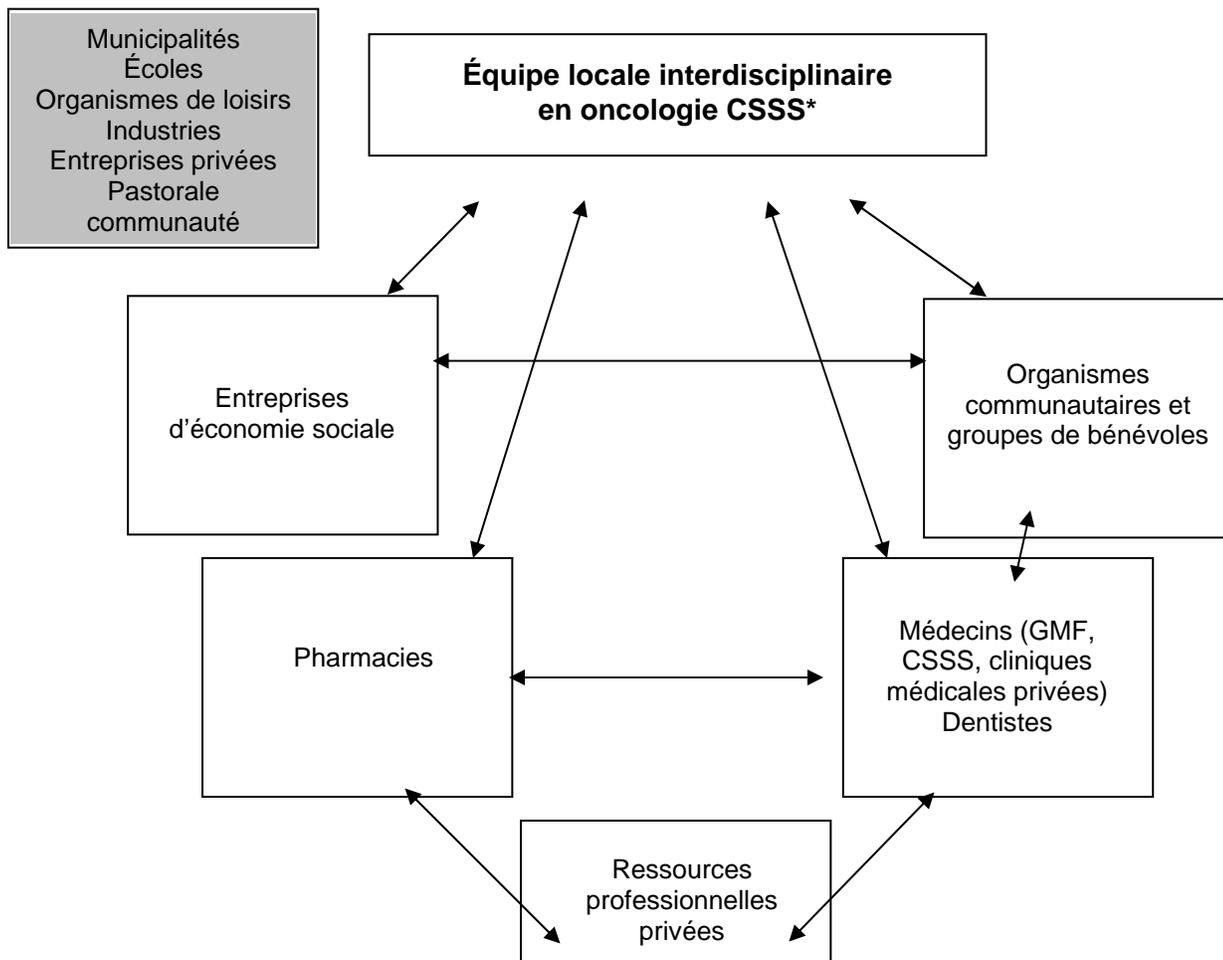


L'implantation d'un intervenant répondant en oncologie et en soins palliatifs en 1^{re} ligne, dont l'un des principaux rôles consiste à soutenir les équipes soignantes dans la continuité et la coordination des services, est à développer dans chaque CSSS. Actuellement, seul le CSSS du Grand Littoral a procédé, les autres CSSS sont en attente d'être consolidés financièrement. Dans ce CSSS, cet intervenant porte le titre de gestionnaire de cas en oncologie et en soins palliatifs.

Font également partie du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer les différents partenaires des secteurs intersectoriel et communautaire qui gravitent autour de la personne et sa famille. Ils constituent des partenaires indispensables au maintien de la complémentarité et de la continuité des soins et des services. Parmi ceux-ci, un organisme communautaire à but non lucratif, la maison de soins palliatifs Catherine-de-Longpré, accueille des personnes en fin de vie, en provenance majoritairement des territoires du CSSS de Beauce et du CSSS des Etchemins.

Quant aux proches-aidants, ils représentent des acteurs très significatifs pour le soutien et l'accompagnement des personnes atteintes de cancer et leurs proches (voir glossaire) ainsi que des collaborateurs privilégiés pour les intervenants du réseau. Leur appui important pour l'adoption des saines habitudes de vie et des changements de comportements compte parmi l'ensemble de leur contribution inestimable dans le réseau de la santé.

Réseau local en cancer et en soins palliatifs (incluant l'intersectoriel)



Les organismes communautaires

On ne peut parler de réseau sans mentionner la contribution des organismes communautaires. Dix organismes communautaires répartis dans chacun des territoires de CSSS reçoivent un financement spécifique de l'Agence pour dispenser des services et des activités dédiés spécifiquement aux personnes atteintes de cancer ainsi qu'à leurs proches (voir glossaire). Toutefois, des ententes restent à être formalisées avec les CSSS pour convenir des liens de partenariat.

De plus, certains autres organismes peuvent proposer diverses activités, notamment de nature sociale, éducative ou récréative ou encore des services de bénévoles pour du soutien aux proches-aidants, de l'accompagnement en phase palliative de l'accompagnement pour du transport aux traitements ainsi que de l'écoute téléphonique et des services aux endeuillés.

Finalement, d'autres organismes à plus large rayonnement et qui rencontrent d'autres types de clientèles, sont également présents dans la région.

Organismes communautaires de Chaudière-Appalaches pour les personnes atteintes de cancer et pour les proches

CSSS du Grand Littoral Groupe Espoir et Cancer ¹ Groupe Espoir-Partage ¹ Présence Vie Lotbinière ¹ Groupe d'accompagnement Jonathan inc. ¹ Centre-femmes de Bellechasse ¹ Accueil Sérénité ¹	CSSS de Beauce et CSSS des Etchemins Groupe Espérance et Cancer ¹ Ouvre ton cœur à l'espoir (pour les 0-18 ans) ¹
CSSS de Montmagny-L'Islet Solidarité Cancer Montmagny-L'Islet	CSSS de la région de Thetford Cancer et vie ¹
Organismes communautaires œuvrant en soins palliatifs Mouvement Albatros (territoires des CSSS du Grand Littoral et de la région de Thetford, avec des cellules à Charny et à Thetford) Groupe d'accompagnement Jonathan inc. ¹	
Organismes communautaires offrant des services d'écoute téléphonique (sans frais) Tel écoute (territoires des CSSS de Montmagny-L'Islet et du Grand Littoral) SOS Onde-Amitié (territoires des CSSS de la région de Thetford) Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide (territoire du CSSS de Beauce)	
Organismes bénévoles à caractère communautaire Fondation québécoise du cancer (information, accompagnement et hébergement) Société canadienne du cancer (information, soutien, aides matérielle et financière, documentation, hébergement)	

1. Organismes recevant un financement spécifique de l'Agence.

2.3 PRÉVENIR LE CANCER : UNE APPLICATION DE LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12] est utilisée comme trame de fond pour l'analyse des actions effectuées dans la région et celles à instaurer. Bien qu'elle ait été développée pour la promotion de la santé, le cadre est ici appliqué à toutes les étapes de continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire). Ainsi, pour chacun des déterminants de la santé examinés dans le cadre du rapport, un regard est

posé sur la promotion de la santé et la prévention pour optimiser les actions à soutenir et à développer dans la région. Selon les thèmes abordés, l'une ou l'autre des parties du tableau de la Charte d'Ottawa appliquée au continuum de soins et de services en cancer est présentée afin d'aborder les différents aspects de la prévention. La Charte est également utilisée comme cadre d'analyse des actions effectuées auprès des personnes atteintes de cancer.

Prévenir signifie :

- promouvoir l'adoption de lois, de règlements, de politiques qui facilitent et soutiennent les modifications de l'environnement et favorisent la collaboration de tous les secteurs de la société;
- modifier les environnements pour diminuer les risques de cancer et favoriser les saines habitudes de vie;
- augmenter la capacité des communautés à favoriser ces décisions;
- augmenter la capacité des personnes et leurs proches (voir glossaire) à adopter des saines habitudes de vie;
- modifier les interventions du réseau de la santé et les réorienter pour favoriser la prévention à toutes les étapes du continuum de soins et de services en cancer[12].

Cette section présente les cinq stratégies de la promotion de la santé et de la prévention, appliquées à la région de la Chaudière-Appalaches. Ces stratégies sont reprises tout au long du rapport afin de guider la réflexion sur les différents modes d'action à privilégier.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

		Étapes du continuum				
		Promotion et prévention ²	Dépistage des cancers	Investigation et diagnostic	Traitements des cancers	Soins palliatifs
Charte d'Ottawa	Élaborer des politiques publiques saines					
	Créer des milieux favorables					
	Renforcer l'action communautaire					
	Acquérir des aptitudes individuelles					
	Réorienter les services de santé					

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].
 2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

Une réflexion... incontournable! L'incidence, la morbidité et la mortalité par cancer pourraient être réduites considérablement par des actions préventives à **toutes les étapes** du continuum de soins et de services en cancer.

Quelques mots sur la communication

La communication est un outil de base en santé publique, en trame de fond des cinq axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Elle constitue un moyen d'action parmi les différentes interventions en promotion de la santé[1]. Les activités de communication prennent deux formes : les campagnes de communication et l'information sur l'état de santé de la population[1]. Ces activités permettent d'informer et de sensibiliser des populations cibles, des décideurs ou des membres d'une communauté à un problème ou une question de santé publique. Elles favorisent également l'acquisition de connaissances, la modification d'attitudes, de croyances et de valeurs, l'adoption et le maintien de comportements de même que, ultimement avec l'évolution des mentalités ou la pression populaire, l'émergence de politiques publiques favorables à la santé[1].

2.4 PRÉVENIR LE CANCER, C'EST ÉGALEMENT PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

Le cancer est devenu une maladie chronique. Les maladies chroniques sont des affections de longue durée; elles sont responsables de 60 % des décès. Les maladies chroniques comprennent les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les affections respiratoires chroniques (par exemple l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique) et le diabète[29].

Les problèmes de santé chroniques touchent plus de la moitié (56 %) de la population de Chaudière-Appalaches³. Ils touchent de la même manière les populations du Québec et du Canada[30].

Le FMRC recommande que les programmes de prévention contribuent à la fois à prévenir le cancer et les autres maladies chroniques[7]. En contrepartie, les actions de prévention des maladies chroniques devraient davantage préciser en quoi elles contribuent aussi à prévenir des cancers.

L'adoption des saines habitudes de vie soutenue par des environnements favorables à la santé sont la clé du succès!

³ Problèmes de santé chroniques : personnes âgées de 12 ans et plus touchées par au moins une des 15 maladies chroniques identifiées dans l'enquête.

3. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES CANCERS

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influent sur l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Certains déterminants sont davantage associés aux individus, d'autres à la collectivité[1]. Ceux qui sont le plus clairement reliés à la prévention des cancers sont présentés.

3.1 MISER SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Depuis la création en 1982 du réseau mondial du FMRC, ses membres se consacrent à la prévention du cancer dans le monde entier. Le réseau a publié deux rapports sur la prévention du cancer. Le second, publié en 2007, est le résultat de cinq années de travail. Le panel d'une cinquantaine d'experts internationaux a examiné la littérature scientifique du monde entier.

Les travaux ont mené à un rapport colossal portant sur l'alimentation (voir glossaire), la nutrition (voir glossaire) et l'activité physique en prévention du cancer[7] ainsi qu'un rapport portant sur les politiques et les actions pour la prévention du cancer[31]. Ces deux rapports majeurs fournissent des lignes directrices très claires pour guider les actions sur les plans de la législation, des organisations et des individus afin d'accroître les actions préventives.

Pour en savoir davantage... consulter les différents rapports disponibles sur le site Internet du FMRC : <http://www.fmrc.fr/>.

Au Québec, le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et des problèmes liés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*[6] fait état des orientations du gouvernement et des actions à mettre en place et à poursuivre pour favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif de même que pour prévenir les problèmes reliés au poids et leurs conséquences, et ce, tant chez les individus que dans la société. La collaboration de dix ministères et instances gouvernementales favorise la mise en place des conditions de succès aux modifications souhaitées, notamment sur les cinq axes d'intervention prioritaires :

- favoriser la saine alimentation;
- favoriser un mode de vie physiquement actif;
- promouvoir des normes sociétales favorables;
- améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids;
- favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

De plus, au Québec l'approche École en santé (voir glossaire) s'inscrit dans l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation ainsi que dans le Programme national de santé publique[1].

Pour les adultes, le **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** (voir glossaire) est implanté dans la région, de façon variable selon les CSSS et les GMF. Le programme comporte des stratégies [32] :

- éducatives individuelles : counselling permettant de modifier un comportement;
- environnementales : modifiant des milieux de vie (travail, école, municipalité...);
- de communication : campagne de promotion provinciale, régionale et locale sur les saines habitudes de vie.

C'est la combinaison de ces stratégies qui devrait assurer l'efficacité à long terme des interventions. Un volet prévention du stress a été ajouté (voir section stress 3.1.6) puisqu'il conditionne à la fois les habitudes de vie et la santé dans son ensemble.

Pour en savoir davantage...

Consulter le site Internet du **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** de l'Agence :

<http://www.0-5-30.com/Chaudiere-Appalaches/index.asp?rqn=Chaudiere-Appalaches>

Les agents de promotion des saines habitudes de vie sont les intervenants privilégiés pour les interventions sur les saines habitudes de vie, tant au sein des CSSS qu'après des partenaires tels que les GMF, les municipalités et les milieux de travail. D'autres professionnels pourraient être interpellés afin de contribuer à la promotion des saines habitudes de vie, comme par exemple les infirmières praticiennes spécialisées. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont tout particulièrement identifiées comme des partenaires privilégiées.

Pour les enfants, des interventions sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie et les interventions auprès des parents sont à privilégier.

Dans le cadre du rapport, les principales habitudes de vie sont présentées de façon séparée, en montrant le lien avec le cancer, les données régionales et les actions en cour et à développer.

3.1.1 LE NON-USAGE DU TABAC ET LA PROTECTION CONTRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE

Une vie sans tabac prévient le risque de développer plusieurs types de cancer. En effet, la fumée du tabac est un des produits cancérigènes les plus connus pour son rôle dans le développement du cancer.

Le tabac tue... le non-usage est un gage de santé!

Le tabagisme est la principale cause évitable connue de décès lié au cancer dans le monde. Il est responsable de 80 % des cancers du poumon, un des cancers menant à la survie (cic Recueil statistique, section 1.2) la plus faible[33] et la principale cause de décès par cancer au Canada. Outre le cancer du poumon, le tabagisme entraîne d'une manière certaine des cancers du larynx, de la cavité buccale, du pharynx (voies respiratoires supérieures), de la vessie, du pancréas, de l'œsophage et du rein, du côlon, du rectum et du sein[14]. Certains de ces cancers sont présentés avec le risque relatif dans le tableau suivant.

Tabagisme et risque de cancer¹

Cancers formellement associés au tabagisme	Sexe	Mortalité standardisée pour 100 000		Risque relatif	Proportion attribuable ² (%)
		N'a jamais fumé	Fumeurs		
Cancer du poumon	H	24	537	22,4	87
	F	18	213	11,9	77
Cancer des voies respiratoires supérieures	H	1	27	24,5	89
	F	2	10	5,6	58
Cancer de la vessie et autres organes urinaires	H	18	53	2,9	36
	F	8	21	2,6	32
Cancer du pancréas	H	18	38	2,1	25
	F	16	37	2,3	29
Cancer de l'œsophage	H	9	68	7,6	66
	F	4	41	10,3	74
Cancer du rein	H	8	23	3,0	37
	F	6	8	1,4	11

1. Étude américaine sur le cancer, effectuée auprès d'hommes et de femmes âgés de 35 ans et plus.
2. La proportion attribuable représente la proportion de l'ensemble des décès dus à la pathologie spécifiée, sur la base d'une prévalence de 30 % de la population qui fume.

Source : OMS (2005)[33].

Le tabagisme est probablement associé à d'autres types de cancers, dont le cancer de l'estomac, du foie, du nez, du col de l'utérus et la leucémie myéloïde[34, 35].

Dans la plupart des pays développés, le tabagisme est responsable d'au moins 30 % des cancers (voir Les facteurs de risques section 1.1.1). Le tabagisme est aussi responsable de plusieurs maladies, dont les maladies pulmonaires et les maladies obstructives et les maladies cardiovasculaires.

Le risque de cancer augmente considérablement avec le nombre de cigarettes fumées par jour, la profondeur de l'inhalation et le nombre d'années d'usage. Pour les fumeurs réguliers, le risque relatif de développer un cancer du poumon est 20 fois supérieur à celui des non-fumeurs[36].

La moitié des gens qui fument depuis longtemps décèderont d'une des maladies causées par le tabagisme et de ceux-ci, la moitié décèderont prématurément durant les années productives de l'âge moyen perdant ainsi 20 à 25 ans de vie [37].

Saviez-vous que... un fumeur sur deux connaîtra une mort prématurée? Le tabagisme, à lui seul, est responsable de 27 % des années potentielles de vie perdues à cause du cancer[14].

Pour plus d'information sur le cancer du poumon, consulter la section portant sur le sujet (voir section 6.2.2) et le Recueil statistique (voir section 3.3).

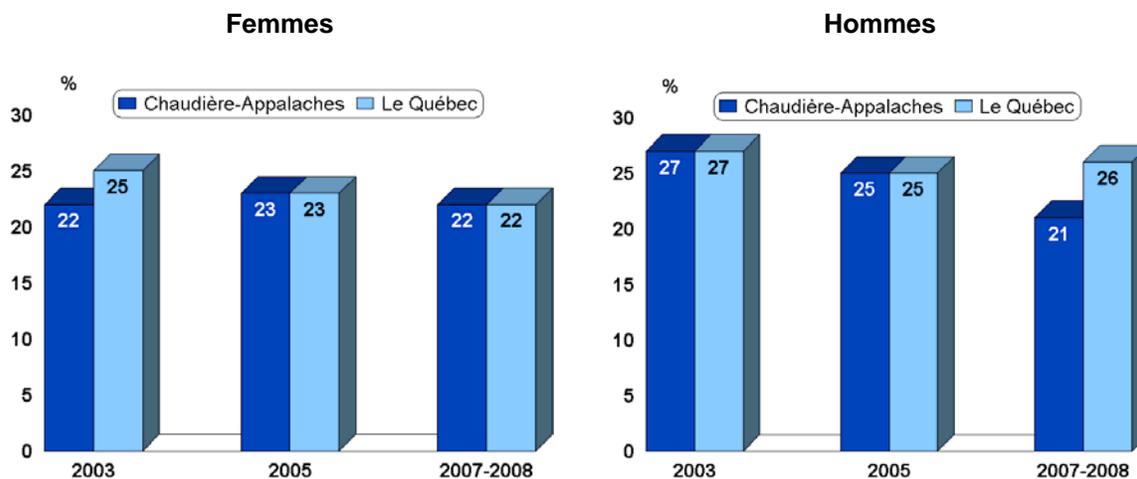
Réduction de l'usage du tabac : des gains dans la région

(voir Recueil statistique section 4.1)

La proportion de fumeurs et de fumeuses au Québec (fumeurs réguliers et occasionnels) était de 24 % en 2007-2008[30]. Comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec présentait une proportion de fumeurs parmi les plus élevées du Canada (la moyenne canadienne se situait à 22 %). En Chaudière-Appalaches, la même année, la proportion de fumeurs et de fumeuses était de 21 %, classant ainsi la région légèrement sous les moyennes québécoises et canadiennes.

Notons que la tendance est à la baisse tant au Québec que dans la région. En 2001, la région comptait 27 % de fumeurs. La proportion d'hommes fumeurs dans la région (21 %) est maintenant plus faible que celle du Québec. Pour les femmes, les proportions au Québec et dans la région sont identiques à 22 %.

Évolution* de la proportion de fumeurs de 12 ans et plus



* Aucune étude de comparabilité entre l'enquête 2007-2008 et les autres enquêtes (2003 et 2005) n'a été effectuée. L'évolution doit être interprétée avec prudence.

Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008, ESCC cycle 3.1 FMGD, 2005, ESCC cycle 2.1 FMGD, 2003.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Quelles sont les caractéristiques des fumeurs de la région en 2007-2008[30]?

- Une proportion de fumeurs plus faible chez les hommes de la région (21 %) comparativement à ceux du Québec (26 %).
- Au Québec, ils sont plus nombreux à ne pas avoir complété un secondaire 5 (30 %) comparativement à ceux l'ayant complété (24 %). On observe la même tendance dans la région.
- Tant au Québec que dans la région, la proportion de fumeurs est plus élevée chez les personnes ayant une consommation élevée d'alcool⁴ (33 %) que chez ceux ayant une consommation peu élevée (19 %).
- Sur le plan des groupes d'âge, les profils d'usage du tabac sont semblables pour la région et le Québec. C'est dans le groupe d'âge des 20 à 49 ans que la proportion de fumeurs est la plus élevée (≈ 30 %).

⁴ Avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins 12 fois au cours des 12 derniers mois.

En 2005⁵, les femmes enceintes québécoises fumaient davantage (27 %) que les femmes des autres provinces canadiennes (24 %)[38]. Au Québec, 2,4 fois plus de femmes enceintes de niveau économique inférieur ont fumé pendant leur grossesse comparativement aux femmes de niveau économique supérieur.

En tenant compte des difficultés à cesser de fumer mais aussi de la motivation à le faire pour protéger l'enfant, les infirmières de périnatalité sont bien placées pour soutenir les femmes et les membres de leur famille qui fument de façon à éviter d'exposer les enfants à la fumée et à cheminer vers un domicile sans fumée. L'influence de l'usage du tabac par les parents sur l'initiation au tabagisme par les jeunes justifie une attention auprès des jeunes. En effet, une étude effectuée auprès des étudiants du secondaire en 2008 montre une plus grande proportion de fumeurs dans les familles où au moins un des parents fume que dans celles où aucun des parents ne fume (13 % comparativement à 4,3 %)[39].

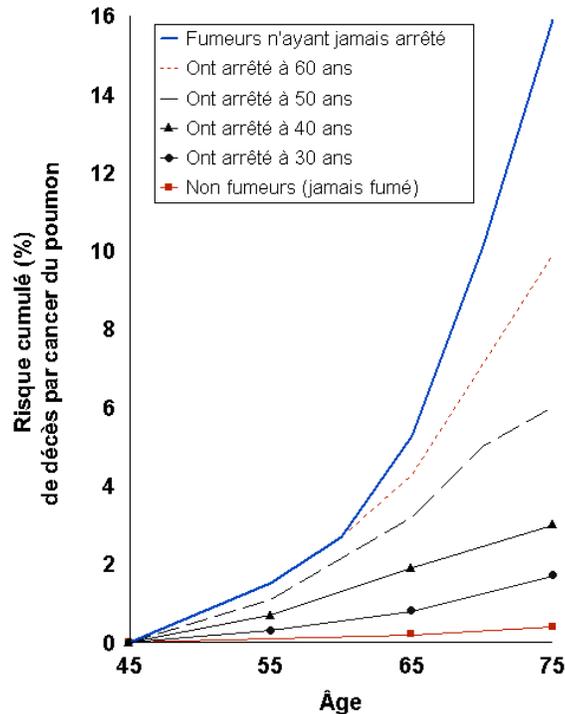
Cesser de fumer améliore la santé... Il n'est jamais trop tard pour arrêter!

Le risque de cancer du poumon, comme pour les autres cancers liés au tabagisme, présente la caractéristique de diminuer après la cessation, par rapport au risque des fumeurs qui continuent de fumer[33]. Ce risque relatif de cancer pour la plupart des types est considérablement plus faible, cinq ans après la cessation, par rapport aux individus continuant à fumer, bien que les risques de cancer de la vessie et d'adénocarcinome du rein semblent persister plus longtemps avant de diminuer. En dépit du bénéfice clairement établi de la cessation, le risque des anciens fumeurs ne diminuera pas au point de revenir à celui des individus n'ayant jamais fumé[30].

Une personne ayant fumé régulièrement toute sa vie d'adulte verra son espérance de vie réduite en moyenne de 10 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. De plus, les fumeurs qui arrêteraient de fumer vers 60, 50, 40 ou 30 ans gagneraient à peu près 3, 6, 9 et 10 années de vie respectivement, par rapport à ceux qui continueraient à fumer[40].

⁵ L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, cycle 4.1, n'incluait pas cette question.

Effets de la cessation tabagique sur le risque cumulé (%) de décès par cancer du poumon, chez les hommes au Royaume-Uni en 1990¹



1. Les risques pour les non-fumeurs sont tirés d'une étude prospective américaine de mortalité.

Source : Doll, R. (2004)[40].

Saviez-vous que... cesser de fumer à l'âge de 50 ans réduirait les risques liés au tabagisme de moitié alors que cesser de fumer à 30 ans pourrait presque permettre de les annuler?

Pour en savoir davantage sur la cessation tabagique pour les personnes atteintes de cancer, consulter la section 8.2.2.

La fumée de tabac dans l'environnement nous nuit aussi

Le groupe de travail du CIRC de l'OMS[33] classe la fumée secondaire comme un produit cancérigène faisant partie de la catégorie de risque la plus élevée. Plus de 50 études épidémiologiques publiées au cours des 20 dernières années confirment que le risque de cancer du poumon est de 20 % à 30 % plus élevé chez les conjoints de fumeurs qui ne fument pas et que l'augmentation est de 80 % pour les personnes exposées à la fois à la maison et au travail. Une relation dose-effet a été montrée, se traduisant par une hausse du risque de 23 % chaque fois que l'usage quotidien de tabac du conjoint augmente de 10 cigarettes. La fumée de tabac dans l'environnement est le principal facteur de risque de cancer du poumon chez les non-fumeurs[41].

L'exposition à la fumée de tabac secondaire chez l'adulte et l'enfant et le risque de cancer

	Augmente le risque	Risque relatif
Chez l'adulte		
Convaincant	Cancer du poumon	1,2-1,3 pour le conjoint fumeur 1,8 en cas d'exposition combinée à la maison et au travail
	Cancer des sinus et de la face	1,7 à 3
	Cancer du sein	1,3 à 1,9
Probable	Cancer du rhinopharynx	1,5 (plus chez la femme)
	Cancer du col de l'utérus	
Chez l'enfant		
Probable	Cancer du cerveau	
	Lymphome	

Source : California Environmental Protection Agency (2005)[41].

Des adolescents plus exposés à la fumée de tabac dans l'environnement dans leur propre domicile en Chaudière-Appalaches

(voir Recueil statistique, section 4.1.3)

Un adolescent (12-19 ans) sur trois de la région de la Chaudière-Appalaches subit une exposition à domicile, à la fumée de tabac[30]. En 2007-2008, 31 % de ces derniers ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur domicile tous les jours ou presque tous les jours.

De plus, pour tous les groupes d'âge au Québec, la proportion des personnes exposées à la fumée secondaire est statistiquement plus élevée que celle du Canada

Répartition des non fumeurs de 12 ans ou plus exposés à la fumée secondaire à la maison, 2007-2008

Âge	Chaudière-Appalaches		Le Québec		Le Canada	
	%	Population estimée	%	Population estimée	%	Population estimée
12-19 ans	* 31	12 300	27	204 900	20	665 700
20-34 ans	* 19	14 200	20	286 400	13	842 800
35-49 ans	25	20 200	19	309 000	12	884 000
50-64 ans	20	17 500	20	305 000	14	844 500
65 ans +	n.p.	-	11	111 200	8	308 100

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

Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Enfin, dans la région et au Québec, 8 % des non-fumeurs de 12 ans et plus sont exposés régulièrement à la fumée de tabac dans un véhicule[30].

Un foyer sans fumée combiné à un lieu de travail où il est interdit de fumer contribue à réduire le nombre de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs réguliers[42].

La détection des cancers buccaux

L'usage du tabac augmente les risques de cancers buccaux (voir La répartition des nouveaux cas de cancer, section 6.1.2). Ainsi, la détection précoce des cancers buccaux à l'examen annuel effectué par un dentiste ou un médecin permettrait d'améliorer la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) des patients. En effet, selon un auteur, le taux de survie à 5 ans est de 50 % pour les lésions détectées à un stade avancé et il est de 80 % pour les lésions détectées à un stade précoce[43].

La recherche de signes de cancers buccaux est intégrée dans la routine de l'examen bucco-dentaire du dentiste. La détection de lésions cancéreuses est possible par examen visuel et radiographique ou encore par palpation. Étant donné que l'accès aux structures touchées est facile (langue, lèvres, gorge, etc.), ces cancers devraient être pris en charge rapidement.

Des conseils de cessation tabagique devraient être intégrés à l'examen bucco-dentaire de routine pour les patients fumeurs par les dentistes et les hygiénistes dentaires. Ces derniers sont des partenaires pour les approches préventives.

En pratique... Trois catégories d'interventions sont privilégiées :

- Encourager et soutenir l'abandon du tabagisme;
- Prévenir l'initiation au tabagisme;
- Assurer la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

1. Encourager et soutenir l'abandon du tabagisme

Cesser de fumer n'est pas facile, car le tabac a un puissant effet d'accoutumance. Les enquêtes montrent que 74 % des fumeurs désirent arrêter et que 70 % ont déjà fait des tentatives, souvent sans succès[44]. Voilà pourquoi il est proposé aux fumeurs d'aller chercher du soutien auprès d'un des onze centres d'abandon du tabagisme de la région. Des agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS formés pour la cessation tabagique sont présents dans tous les Centres d'abandon du tabagisme. Ils font partie du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (voir glossaire). Les Centres d'abandon du tabagisme offrent gratuitement un ensemble de services individuels ou de groupe.

En pratique... Une ligne téléphonique sans frais (1 866 JARRETE) et plusieurs sites Internet, tels que www.jarrete.qc.ca ou www.cqts.qc.ca peuvent répondre aux besoins des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer.

L'instauration de l'ordonnance collective en janvier 2009 permet le remboursement des produits pour le soutien à la cessation tabagique sans rencontrer un médecin. Cette mesure permet d'initier la thérapie de remplacement à la nicotine et favorise un accès plus simple aux aides pharmacologiques (par exemple gomme et timbres). Le taux de succès de la cessation tabagique avec ces aides est doublé.

Consolider des centres d'abandon du tabagisme

Entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, 345 fumeurs ont fréquenté l'un des onze Centres d'abandon du tabagisme de la région. Ces 345 fumeurs ont obtenu 863 interventions de counselling de la part du professionnel du Centre d'abandon du tabagisme. Ces interventions peuvent être du counselling bref ou du counselling intensif, selon les besoins du fumeur. Une telle fréquentation reflète une sous-utilisation des services des Centres d'abandon du tabagisme. Les démarches de sensibilisation menées en 2008 auprès des professionnels de la santé du territoire afin d'augmenter la référence aux Centres d'abandon du tabagisme de leur communauté ne semblent pas vraiment avoir porté des fruits. Il est souhaité que la mise en place de l'ordonnance collective en 2009, en collaboration avec les pharmaciens de la région, favorise une plus grande référence au Centres d'abandon du tabagisme.

Promotion de l'intervention minimale en cessation tabagique auprès de professionnels de la santé

La DSPE a mis en place plusieurs activités de formation au cours des dernières années s'adressant aux professionnels de la santé de la région (médecins, inhalothérapeutes, pharmaciens, hygiénistes dentaires, infirmières, etc.). Ces formations portent sur un counselling bref : l'intervention minimale en cessation tabagique.

Depuis janvier 2007, les médecins sont rémunérés pour les actes médicaux de soutien à l'abandon du tabagisme. Il serait pertinent de publiciser cette mesure, d'informer les omnipraticiens et certains spécialistes sur les endroits où référer leurs patients fumeurs et d'offrir une formation en counselling bref pour la cessation tabagique. Cette formation devrait prendre en considération le nombre grandissant de médecins s'adressant à des patients qui souffrent de polytoxicomanies, de problèmes de dépendances ou de problèmes de santé mentale.

Saviez-vous que... lorsque les médecins réalisent une intervention minimale qui est un counselling bref de 3 minutes auprès de leurs patients fumeurs, de 5 % à 35 % d'entre eux ne fument plus six mois à un an plus tard?

Si chaque médecin du Québec intervenait de cette façon auprès des patients fumeurs, de 120 000 à 150 000 fumeurs abandonneraient définitivement leur habitude[44].

Une formation devrait aussi être dispensée aux médecins et aux infirmières pratiquant en CSSS, en GMF et en centres hospitaliers particulièrement dans les unités de pneumologie, d'oncologie et d'oto-rhino-laryngologie et de périnatalité.

D'autres intervenants qui travaillent en maladies chroniques pourraient également en bénéficier comme par exemple en unités de cardiologie et en médecine interne. Enfin, des formations en counselling pourraient aussi s'adresser aux intervenants sociaux considérant que ces derniers côtoient certaines populations à risque (sous-scolarisées, à faible revenu, ayant une consommation élevée d'alcool).

2. Prévenir l'initiation au tabagisme

Des bons coups... Au cours des dernières années, diverses activités de prévention du tabagisme ont été proposées aux jeunes fréquentant les écoles primaires et secondaires, les cégeps et les maisons de jeunes de la région.

Depuis plus de 10 ans, la région propose aux élèves de 3^e cycle du primaire le programme de prévention du tabagisme Méchant Problème.

Pensons aussi à d'autres programmes tels que IN-VIVO, De Facto et la Gang allumée ainsi qu'à la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac.

Dans l'avenir, il est proposé de développer des activités de prévention aux dépendances (tabac, alcool, drogues, jeu) par des interventions favorisant le renforcement du potentiel du jeune (compétences psychosociales et facteurs de protection) lui permettant de résister à un comportement néfaste pour sa santé.

3. Assurer la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Au cours des dernières années, le gouvernement québécois a adopté, à l'unanimité, plusieurs législations couvrant trois volets : la vente de tabac, la promotion du tabac et surtout l'usage du tabac dans les endroits publics. Depuis le 31 mai 2006, la Loi sur le tabac[45] a interdit de faire usage du tabac dans les endroits publics comme les bars, les restaurants, les brasseries, les salles de bingo, les centres commerciaux, les cours d'école primaire et secondaire et plusieurs autres lieux publics.

Les dernières enquêtes montrent que les adolescents de la région subissent à domicile une exposition plus élevée à la fumée de tabac que les adolescents du Québec[30]. Il apparaît nécessaire de poursuivre et d'accentuer régionalement les mesures et les campagnes nationales telles que « Pas de boucane dans ma cabane » et inciter à ne pas fumer dans les voitures en présence d'enfants.

Pour les tout-petits, les intervenants en périnatalité de la région distribuent des bavoirs portant le logo « Bébé sans fumée » pour tous les nourrissons dont un membre de la famille fume. Cette remise est accompagnée d'un message simple expliquant pourquoi la fumée secondaire est nocive pour les jeunes enfants et comment ne pas exposer les enfants à la fumée même si des membres de la famille sont fumeurs.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : non-usage du tabac
Élaborer des politiques publiques saines	<p>Intensifier la participation de la région aux campagnes nationales encourageant l'interdiction volontaire de fumer à la maison et dans les véhicules en présence de mineurs (moins de 18 ans). (« <i>Pas de boucane dans ma cabane</i> », « <i>Oui, j'arrête</i> », « <i>Semaine québécoise pour un avenir sans tabac</i> »). Actions spécifiques pour les tout-petits.</p> <p>Soutenir les inspecteurs responsables de l'application de la loi sur le tabac.</p>
Créer des milieux favorables	<p>Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.</p> <p>Promouvoir un environnement sans fumée pour les jeunes enfants par les professionnels impliqués dans le suivi périnatal et dans les services aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité (programme OLO, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • counselling bref lors de la distribution des bavoirs « bébé sans fumée » lors de suivi pré et postnatal; • parents de jeunes enfants comme clientèle cible prioritaire pour les Centres d'abandon du tabac.
Renforcer l'action communautaire	<p>Développer des interventions dans les groupes communautaires, les organismes de loisirs, les municipalités pour réfléchir à la problématique du tabac et décider d'interventions communautaires en apportant un soutien particulier aux communautés défavorisées où la proportion de fumeurs est élevée.</p>
Acquérir des aptitudes individuelles	<p>Soutenir la cessation tabagique</p> <p>Consolider les services de soutien à l'abandon du tabagisme implantés sur le territoire et maintenir leur gratuité. Consolider par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une promotion plus intensive des Centres d'abandon du tabagisme et des services de soutien à l'abandon du tabagisme, prioritairement auprès des professionnels de la santé; ensuite, auprès de la population; • le développement de protocole de référence « professionnel de la santé-personnel de Centres d'abandon du tabagisme »; • une plus grande souplesse dans la gestion des Centres d'abandon du tabagisme, par exemple en développant des « Centres d'abandon du tabagisme itinérant » ou des Centres d'abandon du tabagisme en milieu hospitalier. <p>Développer des services d'abandon du tabagisme adaptés à des populations particulières. Ces populations particulières de fumeurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les jeunes de 12-18 ans; • les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants et leurs proches; • les fumeurs à faible revenu; • les personnes hospitalisées ou atteintes de cancer. <p>Consolider les pratiques d'intervention minimale en cessation tabagique des professionnels de la santé (médecins omnipraticiens, pharmaciens, hygiénistes dentaires, dentistes, médecins spécialistes, inhalothérapeutes, infirmières en oncologie, etc.) par l'organisation de formations adaptées à leurs besoins.</p>

	<p>Prévenir l'initiation au tabagisme</p> <p>Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.</p> <p>Évaluer la pertinence de proposer aux élèves de 3^e cycle du primaire une intervention intégrant des activités de prévention aux dépendances visant le renforcement de leur potentiel par le développement des compétences personnelles et sociales et des facteurs de protection. Les activités s'intégreront dans le cadre de la réforme scolaire et de l'approche École en Santé.</p> <p>Consolider les interventions actuellement proposées aux élèves des écoles secondaires (Gang allumé, IN-VIVO, De Facto) par le développement d'activités et de situations d'apprentissage (résister à la sollicitation tabagique).</p> <p>Développer des activités complémentaires touchant les saines habitudes de vie (dont le tabagisme) et s'adressant aux parents et adultes significatifs du jeune (entraîneurs, maison de jeunes, etc.), ainsi qu'aux proches des tout-petits.</p>
Réorienter les services de santé	<p>Planifier l'organisation de formations sur l'intervention minimale en cessation tabagique s'adressant à des professionnels de la santé côtoyant des populations à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en CSSS, dans les GMF et en centre hospitalier (pneumologie, oncologie, oto-rhino-laryngologie et périnatalité). <p>Promouvoir l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement à la nicotine auprès des professionnels de la santé du territoire.</p> <p>Pour les professionnels impliqués dans le suivi périnatal et dans les programmes pour les familles en situation de vulnérabilité (programme OLO, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ajouter à la trousse d'intervention des outils pour encourager la cessation tabagique; ▪ référer vers des services d'appui à la cessation tabagique. <p>Ajouter les femmes enceintes et les personnes qui vivent avec des jeunes enfants aux groupes cibles des Centres d'abandon du tabac, en portant une attention particulière à celles dont les conditions de vie difficiles augmentent les obstacles à cesser de fumer (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, programme OLO, rencontres prénatales, Centres de la petite enfance, ...).</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].
2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.2 L'ALIMENTATION SAINÉ

L'alimentation saine protège contre le cancer. Toutefois, certains aliments ou constituants des aliments en augmentent le risque.

L'alimentation et le cancer : des liens méconnus

Les études confirment le lien entre certains aliments et le maintien de la santé ou le développement de la maladie. Ces liens sont encore méconnus tant des professionnels et des intervenants que de la population. Le rapport du FMRC[7], par ses constats sur les aliments qui contribuent au développement du cancer ou qui protègent, soutiennent les chercheurs, les médecins, les professionnels de la santé et les intervenants par des recommandations claires, bien appuyées par la littérature scientifique. Le rapport du FMRC est majeur : il montre la grande place occupée par l'alimentation saine dans la prévention des cancers.

Celles portant sur l'alimentation touchent :

- les aliments à forte densité calorique;
- les aliments d'origine végétale;
- la viande rouge et la charcuterie;
- le sel;
- les compléments alimentaires.

En bref, voici le contenu des recommandations du FMRC sur l'alimentation[7]. Pour plus de détails sur chaque aliment ou groupe alimentaire mentionné, consulter le rapport complet du FMRC.

Les aliments d'origine végétale

Un mode d'alimentation principalement composé d'aliments d'origine végétale a un effet protecteur contre le cancer. Ainsi, il est recommandé de consommer au moins cinq fruits et légumes par jour, des céréales à grains entiers et des légumineuses[7].

Les aliments d'origine végétale et le risque de cancer selon le FMRC[7]				
	Diminue le risque		Augmente le risque	
	Exposition	Site du cancer	Exposition	Site du cancer
Convaincant	-----	-----	Aflatoxines	Foie
	Aliments contenant des fibres alimentaires	Colorectal	-----	-----
	Légumes non féculents	Bouche, Pharynx, Larynx, Œsophage, Estomac	-----	-----
	Légumes de la famille des allium	Estomac	-----	-----
	Ail	Colorectal	-----	-----
	Fruits	Bouche, Pharynx, Larynx, Œsophage, Poumon, Estomac	-----	-----
Probable	Aliments contenant de l'acide folique	Pancréas	-----	-----
	Aliments contenant des caroténoïdes	Bouche, Pharynx, Larynx, Poumon	-----	-----
	Aliments contenant du bêta-carotène	Oesophage	-----	-----
	Aliments contenant de la vitamine C	Oesophage	-----	-----
	Aliments contenant du lycopène	Prostate	-----	-----
	Aliments contenant du sélénium	Prostate	-----	-----

Les aliments d'origine animale

De nombreux aliments d'origine animale sont nutritifs et bons pour la santé lorsqu'ils sont consommés en quantités modérées. Ainsi, il est recommandé de consommer peu de viandes rouges et rarement ou pas du tout de charcuterie[7].

Les aliments d'origine animale et le risque de cancer selon le FMRC[7]				
	Diminue le risque		Augmente le risque	
	Exposition	Site du cancer	Exposition	Site du cancer
Convaincant	-----	-----	Viande rouge Charcuteries	Colorectal
Probable	-----	-----	Poisson salé ¹ (style cantonnaise)	Nasopharynx
	Lait	Colorectal	Alimentation riche en calcium	Prostate

1. Le poisson salé style cantonnaise est caractérisé par une utilisation faible de sel et un degré élevé de fermentation durant le processus de séchage.

Les aliments et les boissons à forte densité calorique

L'augmentation de la consommation d'aliments à forte densité calorique (aliments principalement transformés, riches en gras et en sucres) et de boissons sucrées contribue probablement à l'augmentation de l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) de l'obésité dans le monde et augmente par le fait même l'incidence des cancers. Ainsi, il est recommandé de consommer peu d'aliments riches en gras et en sucres, d'éviter les boissons gazeuses et d'éviter autant que possible les plats préparés ainsi que la restauration rapide qui offre ce type d'aliment[7].

Les aliments et les boissons à forte densité calorique et le risque de cancer selon le FMRC[7]				
	Diminue le risque		Augmente le risque	
	Exposition	Site du cancer	Exposition	Site du cancer
Convaincant	-----	-----	Arsenic dans l'eau potable	Poumon
Probable	-----	-----	Arsenic dans l'eau potable	Peau
	-----	-----	Maté ¹	Oesophage

1. Brevage traditionnel de l'Amérique du Sud.

La conservation, la transformation et la préparation

Le sel et les aliments conservés par salaison sont probablement l'une des causes du cancer de l'estomac. La contamination microbienne par des moisissures (aflatoxines⁶) des aliments est impliquée dans le cancer du foie. Ainsi, il est recommandé d'éviter les aliments salés et conservés par salaison, de limiter la consommation de plats préparés contenant du sel ajouté et de ne pas consommer d'aliments moisissés[7]. Les aflatoxines constituent un problème dans les aliments importés de régions tropicales et subtropicales plus chaudes. Pour en savoir plus, consulter le feuillet de l'Agence canadienne d'inspection des aliments sur le sujet[46].

⁶ Les mycotoxines, incluant les aflatoxines, sont des métabolites secondaires produits par diverses moisissures sur plusieurs produits agricoles dans certaines conditions environnementales.

Les compléments alimentaires

Les compléments à forte teneur en nutriments peuvent aussi bien protéger que causer des cancers. Par complément alimentaire, on entend des fortes doses de vitamines et de minéraux tels que le bêta-carotène ou le sélénium. Recommander la consommation de compléments pour prévenir le cancer pourrait avoir des effets secondaires indésirables. Il est préférable d'augmenter la consommation d'éléments nutritifs par l'alimentation habituelle. Ainsi, les compléments alimentaires ne sont pas recommandés pour la prévention du cancer[7].

Les compléments alimentaires et le risque de cancer selon le FMRC[7]				
	Diminue le risque		Augmente le risque	
	Exposition	Site du cancer	Exposition	Site du cancer
Convaincant	-----	-----	Suppléments de bêta-carotène	Poumon
Probable	Suppléments de calcium	Colorectal	-----	-----
	Suppléments de sélénium	Prostate		

Pour en savoir davantage... Au Québec, le lien entre l'alimentation et le cancer a été popularisé par le D^r Richard Béliveau dans ses livres destinés à la population et ses articles, et par son implication dans le monde des communications.

- *Les aliments contre le cancer. La prévention et le traitement du cancer par l'alimentation*[17];
- *Cuisiner avec les aliments contre le cancer*[20];
- *La santé par le plaisir de bien manger. La médecine préventive au quotidien*[47].

Chacune de ces recommandations se traduit par des modifications alimentaires rendues accessibles dans un document produit pour la population et fort utile pour les intervenants afin de transmettre des messages simples :

http://www.fmrc.fr/PDFs/recommandations_000.pdf [8].

Les mécanismes

Comme mentionné précédemment, la majorité des cancers ne sont pas héréditaires. (voir Les facteurs de risque section 1.1.1) Pour qu'une cellule passe de l'état normal à cancéreuse, elle doit acquérir des altérations de son code génétique. La majorité des cancers se développent à un stade cliniquement identifiable seulement plusieurs années ou décennies après le dommage initial de la cellule[7].

La capacité d'une cellule à prévenir le cancer dépend de l'environnement de cette cellule, incluant la disponibilité d'énergie et la présence appropriée de micro et de macro nutriments. Sans un stress oxydatif externe, chaque jour, des centaines de sites à l'intérieur desquels l'ADN des cellules a subi des dommages sont réparés ou éliminés[7].

L'alimentation joue un rôle protecteur dans les étapes qui mènent au cancer[7].

- La prolifération des cellules : lors de la prolifération normale des cellules, il est possible, sous certaines conditions, que l'ADN des cellules subisse des dommages. Au cours de cette prolifération, plusieurs vitamines et minéraux ainsi que le glucose contribuent à contrôler la prolifération.
- L'apoptose : ce processus de régulation des cellules mortes est favorablement influencé par des composés nutritionnels, dont les acides gras oméga-3.
- L'angiogénèse : ce processus de formation de nouveaux vaisseaux sanguins est essentiel pour alimenter en nutriments et en oxygène tous les tissus en croissance, y compris les tumeurs. Pour qu'un cancer progresse, il doit acquérir la capacité d'induire l'angiogénèse. Plusieurs composés nutritionnels ont un effet anti-angiogénèse, dont le thé vert, les acides gras oméga-3, le curcumin, la quercétine, le resveratrol, etc. L'exercice physique joue également un rôle protecteur. Plusieurs vitamines sont également impliquées.

Ces processus sont complexes. Leur application concrète est beaucoup plus simple et rendue accessible par l'ensemble des recommandations alimentaires du FMRC[8].

Ce que les enquêtes révèlent

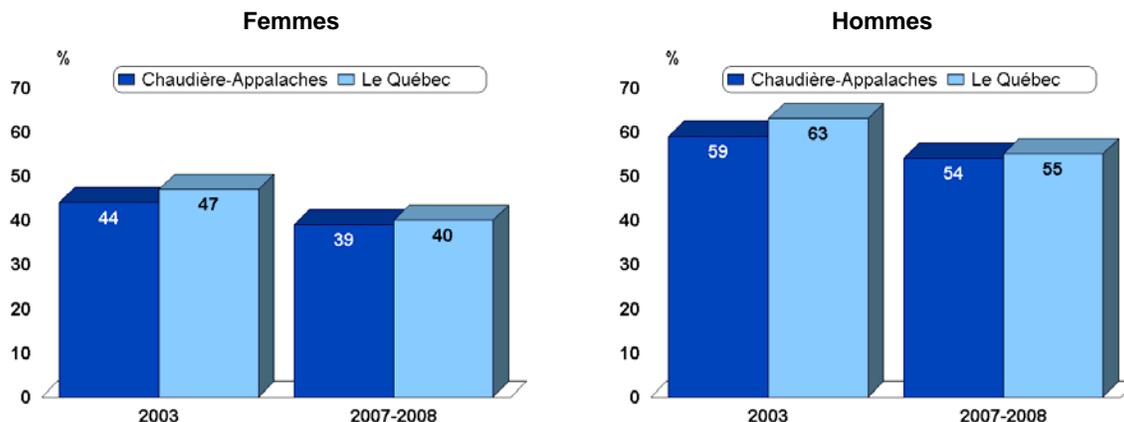
Fruits et légumes (voir Recueil statistique, section 4.2)

Les données d'enquête ne fournissent pas d'information détaillée sur tous les aliments ciblés par les recommandations. La seule recommandation pour laquelle des données régionales sont disponibles est la consommation quotidienne de fruits et de légumes. Ainsi, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008[30], la proportion de la population de Chaudière-Appalaches de 12 ans ou plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes est semblable à celle du Québec, ce qui représente environ 46 % de la population. Pour la région, ces résultats permettent d'estimer qu'environ 159 800 personnes consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes. L'attention doit se porter vers ces personnes afin de mieux cibler les interventions. Qui sont-elles?

Au Québec, elles sont principalement âgées de 20 ans et plus, elles sont moins scolarisées et se situent dans le niveau de revenu inférieur. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives dans la région, on observe les mêmes tendances qu'au Québec, excepté pour le revenu.

Dans la région, la comparaison avec les enquêtes précédentes semble montrer une tendance à la diminution de la proportion de la population de 12 ans et plus consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes.

Évolution* de la proportion de la population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes



* Aucune étude de comparabilité entre l'enquête 2007-2008 et les autres enquêtes (2003 et 2005) n'a été effectuée. L'évolution est à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008, ESCC cycle 2.1 FMGD, 2003.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les autres groupes alimentaires

En l'absence de données régionales, des données pour le Québec peuvent fournir des indications sur les pas à franchir pour atteindre les recommandations.

La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois[48] fournit des informations sur les habitudes alimentaires des québécois, notamment sur les aliments identifiés dans les recommandations du FMRC. L'étude, qui reflète les aliments consommés le jour précédant l'entrevue, montre des résultats qui ne sont pas conformes aux recommandations du FMRC :

- plusieurs des aliments consommés dans la catégorie « autres aliments⁷ » fournissaient près du quart des calories;
- la consommation moyenne de boissons gazeuses s'élevait à plus d'une canette et demie par jour (514 ml) pour tous les groupes d'âge et de sexe regroupés;
- 36 % des québécois attribuaient une trop grande part de leur apport énergétique (plus de 35 %) aux matières grasses;
- la majorité des adultes consommaient des fibres alimentaires en quantité insuffisantes;
- les adultes québécois consommaient peu de noix et de légumineuses, représentant seulement 12 % des portions du groupe viandes et substituts;
- les adultes québécois consommaient trop de charcuteries, représentant 7 % des portions du groupe viandes et substituts;
- 18 % avaient consommé des aliments préparés en restauration rapide (15 % des femmes et 21 % des hommes);
- 34 % avaient consommé des suppléments de vitamines et de minéraux.

De nombreuses améliorations doivent donc être apportées à l'alimentation des québécois pour prévenir les cancers.

⁷ Aliments et boissons riches en calories, lipides, sucre ou sel (sodium).

L'insécurité alimentaire

La situation d'insécurité alimentaire peut constituer un frein à l'application des recommandations. Dans la région, en 2007-2008, environ 4 % de la population était en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave, représentant près de 15 000 personnes[30].

Différentes actions sont entreprises dans la région afin de contrer l'insécurité alimentaire, notamment par le Groupe de réflexion et d'action sur la pauvreté de Chaudière-Appalaches. Au cours des prochaines années, l'intensification des actions afin de contrer l'insécurité alimentaire est prévue par la mise en œuvre des orientations du *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire du MSSS, mise à jour 2008*[49].

Les approches individuelles

Pour les adultes, les agents de promotion des saines habitudes de vie présents dans tous les CSSS sont formés pour faire du counselling individuel visant un changement d'habitudes de vie. Ils sont responsables de la mise en œuvre du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (voir glossaire) en lien avec les partenaires du territoire.

Sur le plan du counselling, les GMF sont également des acteurs clés dans la promotion des saines habitudes de vie. Rappelons la portée des pratiques cliniques préventives et de l'entretien motivationnel discutés à la section portant sur l'acquisition des aptitudes individuelles (voir section 3.3.2). L'entretien motivationnel favorise une meilleure intégration, en fonction du plan du patient, des saines habitudes de vie. Les infirmières de GMF ont été formées pour intervenir avec cette méthode. Elles vont référer au besoin la clientèle à une nutritionniste ou aux agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS.

Une attention particulière doit être portée aux populations vulnérables, par exemple les personnes à faible revenu, analphabètes, itinérantes, les travailleurs à faible revenu et les chômeurs dont les contraintes de la vie quotidienne rendent plus difficile l'adoption d'habitudes de vie qui favorisent la santé et dont le risque de mourir d'un cancer est aussi plus élevé. Les informations et le soutien doivent leur être personnalisés et adaptés à leur situation. À cette fin, les collaborations avec différents partenaires, tels que les organismes communautaires, les regroupements de femmes, les milieux de travail et les associations coopératives d'économie familiale auraient avantage à être consolidés. Pensons également aux programmes offerts en CSSS qui sont autant d'opportunités pour transmettre un message préventif adapté.

Pour les femmes enceintes et les jeunes familles en situation de vulnérabilité, les programmes tels que les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), le Programme OLO et le programme Y'a personne de parfait (Y'APP) constituent des opportunités pour la promotion des saines habitudes de vie. Le lien avec la prévention des maladies chroniques pourrait aussi être clairement identifié. Les médecins de famille et les pédiatres sont des acteurs clés pour intervenir auprès des enfants. Leur contribution pourrait être davantage sollicitée.

Des exemples... Un projet pilote : les groupes Hans Kaï dans le territoire du CSSS de Beauce

Au Japon, les « Groupes Hans Kaï font la sensibilisation et la formation des gens dans la communauté pour l'amélioration des habitudes de vie et en regard des outils de mesure en santé (prise de tension artérielle, prise de poids, tests liés à la masse musculaire, etc.). Les Groupes Hans Kaï s'occupent également de mettre en branle de nombreuses activités favorisant la santé comme : des groupes de marche, des groupes d'exercices, de *stretching*, des groupes de contrôle de l'alimentation reliés au diabète, des groupes de sensibilisation à la bonne alimentation dans les écoles, des groupes de soutien aux proches-aidants, etc.[50] ».

Selon le bilan des groupes Hans Kaï, « les sept habitudes de vie auxquelles on réfère sont les suivantes : dormir suffisamment, éviter les surcharges de travail et s'accorder des périodes de repos, ne pas fumer, éviter la consommation excessive d'alcool, faire de l'exercice modéré régulièrement, prendre des repas équilibrés et mener une vie rangée (éviter de manger entre les repas et toujours prendre un petit déjeuner). À cela s'ajoute deux indicateurs de santé, soit de maintenir un poids corporel adéquat et une pression artérielle normale[50] ».

L'exemple japonais est à ce point concluant qu'il fait l'objet de référence régulière notamment par l'OMS. Le défi du CSSS de Beauce et de la Coopérative de santé Rober-Cliche est d'adapter le modèle à la culture locale (québécoise et régionale).

Des actions qui combinent les approches individuelles et environnementales

Le **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** (voir glossaire) comporte un volet pour le développement des aptitudes individuelles et un volet sur le développement d'approches environnementales (voir section 3.3.1). La Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches et le Comité régional de suivi 0•5•30 constituent deux instances particulièrement impliquées pour la mise en œuvre des actions environnementales.

La Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches a été initiée au printemps 2008 pour répondre aux objectifs du Plan d'action gouvernemental. Dix-huit représentants régionaux des ministères et des organismes concernés siègent sur cette Table. Ils ont pour mandat d'amorcer des actions concrètes qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être de la population de Chaudière-Appalaches. Ainsi, les membres de la Table ont mandaté un groupe de travail pour identifier les priorités régionales des prochaines années. L'assise de ses travaux était le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de problèmes reliés au poids 2006-2012*. En octobre 2008, la Table entérinait les priorités régionales suivantes : les politiques municipales, l'accessibilité aux aliments sains, les communications et le déplacement actif qui répondaient aux cinq critères établis au préalable (portée régionale et locale, multisectorialité, faisabilité, accessibilité et famille).

Partenaires intersectoriels impliqués au sein de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches
Accès transports viables, Vivre en ville
Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches
Centraide Québec, Chaudière-Appalaches
Conférence régionale des élu(e)s de la Chaudière-Appalaches
Forum jeunesse de Chaudière-Appalaches
Les Producteurs laitiers du Canada
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Emploi-Québec, Direction régionale de Chaudière-Appalaches
Ministère de la Famille et des Aînés, Conseillères en Développement et Concertation de la Direction territoriale
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, Direction régionale de la Chaudière-Appalaches
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction régionale de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches
Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, Direction régionale de la Chaudière-Appalaches
Ministère des Transports du Québec, Direction de la Chaudière-Appalaches
Québec en forme, Chaudière-Appalaches
Regroupement des Centres de la petite enfance des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches
Table agroalimentaire de Chaudière-Appalaches
Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches
Unité régionale de loisir et de sport

Les approches environnementales

Par le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*[6] et la *Vision de la saine alimentation*[51], les différents ministères ont été invités à se positionner comme des modèles en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique, tant pour leurs employés que leurs usagers et leurs résidents. Ce plan prévoit des actions auprès des individus mais également des modifications des environnements afin de favoriser les saines habitudes de vie. Le plan vise les milieux de garde, les familles, le milieu scolaire, le milieu de travail, le milieu communautaire, associatif et municipal.

Sur le plan de l'accès aux aliments, la région présente des disparités. En effet, tous les milieux ne disposent pas d'une offre alimentaire également variée et à bon coût, en fonction de la zone de résidence et de la distance à parcourir pour acheter les aliments. La Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches (voir glossaire) travaille, notamment, à réduire ces disparités.

Actuellement, les **Centres de la petite enfance** n'ont pas l'obligation d'adopter une politique alimentaire. Toutefois, l'Association québécoise des Centres de la petite enfance propose un modèle de politique alimentaire, élaboré en collaboration avec *L'Action régionale des CPE de Lanaudière* et le réseau de la santé et des services sociaux[52]. Un soutien pour l'adoption de telles politiques renforcerait l'exemplarité de ces milieux sur l'adoption des saines habitudes alimentaires dès le plus jeune âge.

En **milieu scolaire**, *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour la promotion d'une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*[53] oriente notamment l'offre alimentaire dans les écoles. Cette politique réaffirme l'intention ferme du gouvernement de faire des établissements scolaires du Québec des milieux où les élèves peuvent manger sainement et bouger plus. Dans la région, l'implantation de la politique est en cours depuis sa publication à l'automne 2007. De plus, l'approche École en santé (voir glossaire) constitue un moyen privilégié pour intégrer la promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire, notamment la saine alimentation.

Les environnements alimentaires touchant le milieu scolaire doivent également tenir compte de la proximité des écoles avec des restaurants-minute et des dépanneurs. Des analyses plus poussées doivent être effectuées afin de mieux estimer l'impact de ces commerces sur les habitudes alimentaires des jeunes[54].

Dans le **réseau de la santé**, tous les établissements doivent adopter une politique alimentaire afin d'offrir, d'ici 2012, des aliments sains aux personnes qui fréquentent ces établissements[55]. L'exemplarité du réseau de la santé contribuera à la promotion d'environnements alimentaires sains tant pour le personnel que pour les usagers. La mise en œuvre des politiques alimentaires du réseau de la santé constituera également une opportunité pour intégrer les principes de développement durable à l'ensemble des activités notamment en favorisant l'approvisionnement local. Les collaborations devront être accentuées avec les acteurs régionaux, notamment la Table agroalimentaire de Chaudière-Appalaches, afin de retrouver davantage de produits locaux dans les établissements de la région.

<p>À retenir... Malgré la complexité scientifique, il est primordial de transmettre un message simple, tel que le <u>0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION</u> : 0 tabac, 5 fruits et légumes, 30 minutes d'activité physique par jour. (voir glossaire)</p>

Encore une fois, le *Plan d'action gouvernemental* prévoit de mettre en place des campagnes sociétales et favoriser la modification des normes sociales afin qu'elles valorisent les saines habitudes de vie (saine alimentation et mode de vie physiquement actif) et une variété de schémas corporels[6]. La valorisation des différents schémas corporels signifie encourager l'appréciation de la diversité des formats corporels car les personnes sont de plus en plus préoccupées par leur image et les médias y contribuent pour beaucoup puisqu'ils présentent des modèles féminins et masculins irréalistes[56].

L'**industrie alimentaire** sera sollicitée de plus en plus afin d'accentuer l'offre de produits transformés qui répondent aux critères des différentes politiques alimentaires et des demandes des consommateurs. Il serait souhaitable que l'offre alimentaire corresponde de plus en plus à une alimentation saine.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion de la santé¹ appliquée au continuum de soins et de services en cancer L'alimentation saine

	Promotion-prévention ²
Élaborer des politiques publiques saines	Contribuer à la mise en œuvre de l'ensemble des actions identifiées dans le <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir.</i>
	Assurer la présence de nutritionnistes en milieu scolaire pour guider l'implantation de la politique alimentaire en milieu scolaire <i>Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif.</i>
Créer des milieux favorables	Consolider les collaborations avec les partenaires impliqués dans l'environnement alimentaire, tout particulièrement par l'intermédiaire de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches.
	Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
	Améliorer le financement des organismes d'aide alimentaire, notamment pour développer des activités favorisant l'autonomie alimentaire tels que les cuisines collectives.
	Développer des moyens de communication et des interventions adaptés à la population vulnérable.
Renforcer l'action communautaire	Utiliser des approches novatrices pour améliorer les habitudes de vie, notamment auprès des groupes vulnérables. Par exemple les groupes Hans Kaï de prévention en santé.
Acquérir des aptitudes individuelles	Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION en CSSS et en GMF.
	Faire connaître à la population les recommandations liées à l'alimentation pour la prévention des cancers en précisant les avantages pour la prévention d'autres maladies chroniques.
Réorienter les services de santé	Consolider les équipes d'intervenants en CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie.
	Former des intervenants sur les recommandations liées à l'alimentation pour la prévention des cancers.
	Impliquer les nutritionnistes des CSSS dans une approche globale préventive en lien avec les autres professionnels de la santé.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.3 LE POIDS SANTÉ

Le poids santé représente un facteur de protection contre le cancer. À l'inverse, un surplus de poids en augmente les risques.

Une augmentation inquiétante du poids au cours des années

L'augmentation rapide de l'embonpoint et de l'obésité dans le monde est apparue tout particulièrement depuis le début des années 1980, en même temps que l'urbanisation et de l'industrialisation des pays[7]. La sédentarité et la consommation d'aliments élevés en matières grasses et en sucres influencent directement l'état de santé des populations, notamment par l'augmentation du poids corporel.

Chez les enfants, la situation est particulièrement préoccupante. Au Québec, en 2004, 15 % des enfants de 2 à 17 ans faisaient de l'embonpoint et environ 7 % étaient obèses[57]. Ces taux sont préoccupants puisque l'obésité juvénile augmenterait les risques d'obésité à l'âge adulte et les problèmes qui y sont associés.

Quelques définitions relatives au surplus de poids.

Le surplus de poids se calcule à l'aide de l'IMC⁸. La mesure du tour de taille est également un bon indicateur de risque pour la santé.

Le FMRC identifie le surplus de poids par le terme corpulence, référant à un $IMC \geq 25$.

Au Québec comme ailleurs au Canada, on utilise la terminologie « surplus de poids » :

- Chez les adultes de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et celles qui allaitent, le surplus de poids correspond à un $IMC \geq 25,0$, divisé en embonpoint (IMC situé entre 25,0 à 29,9) et obésité ($IMC \geq 30,0$)[58]. L'obésité se divise en différentes catégories, non abordées dans le cadre du rapport.
- Chez les enfants, les nouvelles courbes de croissance de l'OMS incluent des critères permettant d'évaluer le surplus de poids[59] :
 - Chez les enfants de 2 à 5 ans, des seuils ont été établis à partir des courbes de poids par rapport à l'âge : risque d'embonpoint : > 85^e percentile; embonpoint : > 97^e percentile; obésité : > 99,9^e percentile;
 - Chez les enfants de 5 à 19 ans : embonpoint : >85^e percentile; obésité : > 97^e percentile.

Le lien avec le cancer

Les preuves scientifiques sur les liens entre le cancer et le surplus de poids et l'obésité, ainsi que l'activité physique sont de plus en plus nombreuses[7].

Les travaux du FMRC montrent le fort lien entre la corpulence⁹ et le risque de cancer. Au Québec, on parle davantage de surplus de poids.

⁸ L'IMC se définit comme le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres carrés : $IMC = \text{poids(kg)}/\text{taille(m)}^2$.

⁹ Corpulence : $IMC \geq 25$.

« Le surpoids et l'obésité augmentent le risque de développer certains cancers. Ils accroissent également le risque d'autres pathologies notamment la dyslipidémie, l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral, le diabète de type II non insulino-dépendant et les maladies coronariennes [...] Le maintien d'un poids optimal tout au long de la vie pourrait être l'un des principaux moyens de se protéger du cancer[7] » tout en protégeant contre plusieurs autres pathologies chroniques courantes.

La corpulence et le risque de cancer selon le FMRC[7]				
	Diminue le risque		Augmente le risque	
	Exposition	Site du cancer	Exposition	Site du cancer
Convaincant	-----	-----	Corpulence	Oesophage Pancréas Colorectum Sein (après la ménopause) Endomètre Rein
	-----	-----	Excès de graisse abdominale	Colorectum
Probable	Corpulence	Sein (avant la ménopause)	Corpulence	Vésicule biliaire
	-----	-----	Graisse abdominale	Pancréas Sein (après la ménopause) Endomètre
	-----	-----	Gain de poids au cours de la vie adulte	Sein femmes (après la ménopause)

Les mécanismes

Les études montrent d'une manière convaincante les liens entre le gras corporel et plusieurs types de cancer. L'obésité influence le niveau de plusieurs hormones et de facteurs de croissance. L'augmentation des niveaux d'insuline et de leptine chez les personnes obèses peut contribuer à la croissance des cellules cancéreuses. Les hormones œstrogène, androgène et progestérone sont également impliquées : les niveaux hormonaux étant déséquilibrés par les niveaux élevés de tissus adipeux.

L'obésité est également caractérisée par un état inflammatoire chronique léger avec jusqu'à 40 % du tissu adipeux qui est constitué de macrophages. Les cellules adipeuses produisent des facteurs pro-inflammatoires. L'individu obèse a des concentrations élevées de facteurs de nécrose tumorale (FNT-alpha, interleukines (IL)-6) et de protéine-C réactive comparativement aux personnes maigres et autant de leptines qui fonctionnent comme une cytokine inflammatoire. Ceci augmente le processus menant à l'inflammation de la cellule et à l'augmentation du risque de développer un cancer[7]. (voir mécanisme inflammatoire dans la section 1.1.1)

Ce que les enquêtes révèlent

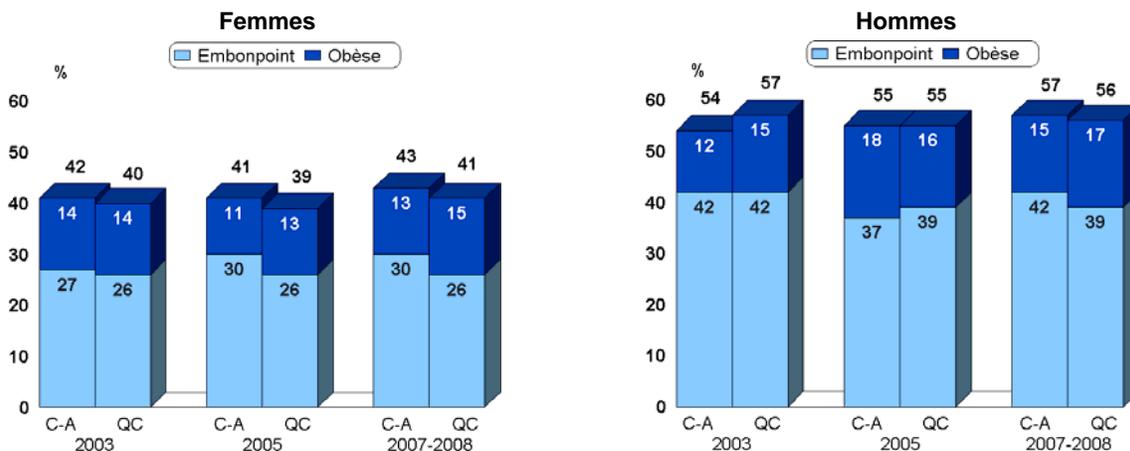
(Voir Recueil statistique, section 4.4)

Selon les plus récentes données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007-2008)[30], la proportion des résidents de Chaudière-Appalaches âgés de 18 ans et plus qui présentent un surplus de poids (IMC >25) atteint 50 % de la population, représentant environ 156 700 personnes. Cette donnée est comparable à celle du Québec où 48 % de la population est touchée par un surplus de poids.

Qui sont les personnes présentant un surplus de poids? Dans la région, ces personnes sont davantage des hommes (57 %). Il s'agit principalement de personnes âgées de 25 ans et plus. Les données régionales ne montrent pas de lien entre l'obésité et le niveau de revenu ou la scolarité. Toutefois, pour l'ensemble du Québec, le surplus de poids est lié à la faible scolarité (secondaire 5 non complété), mais n'est pas lié au revenu.

Depuis l'année 2003, la proportion d'hommes et de femmes avec un surplus de poids est stable. L'augmentation de cette proportion est observable sur une plus longue période de temps. Ainsi, entre 1990 et 2004, la proportion de personnes ayant un surplus de poids est passé de 43 % à 56 % chez les québécois de 18 à 74 ans[60].

Évolution de la proportion de personnes de 18 ans ou plus présentant un surplus de poids



Note : pour l'année 2003, il s'agit de la proportion de la population de 20 ans et plus.

Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008, ESCC cycle 3.1 FMGD, 2005, ESCC cycle 2.1 FMGD, 2003.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

La recommandation des experts : maintenir un poids santé

Les travaux du FMRC ont mené à la recommandation suivante : « Être aussi mince que possible, dans les limites de la fourchette de poids normal[7] ».

D'une manière plus précise, les recommandations sont les suivantes :

- suivre l'évolution de la courbe de poids au cours de la croissance des enfants et des adolescents afin que l'IMC atteigne la zone inférieure de la fourchette normale à l'âge de 21 ans;
- à partir de 21 ans, maintenir le poids corporel dans les limites de la fourchette normale;
- pendant l'âge adulte, éviter la prise de poids et l'augmentation du tour de taille.

Au Québec, le principal outil pour planifier la prévention des problèmes reliés au poids est le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*[6].

« D'un point de vue de santé publique, les problèmes reliés au poids deviennent la conséquence de multiples facteurs qui vont au-delà des facteurs individuels que sont l'hérédité, l'apport alimentaire et la dépense d'énergie. On pense, entre autres, aux facteurs de la communauté tels les transports publics, l'aménagement urbain, la disponibilité et l'accessibilité des aliments ou encore l'offre de service en activité physique, ces facteurs étant eux-mêmes sous l'influence de politiques plus globales, d'ordre régional et national, voire international[6] ».

Ainsi, pour la prévention des problèmes reliés au poids, les experts s'entendent pour dire que pour être efficace, une combinaison d'actions sur les politiques publiques, les environnements et auprès des individus doit être envisagée.

Chez les enfants, les auteurs du volet portant sur le surplus de poids chez les enfants de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec concluent qu' « au-delà des campagnes de sensibilisation et des actions menées sur le plan familial, il apparaît important de poursuivre les efforts afin de créer et de promouvoir des environnements alimentaires sains ainsi que des environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les différents milieux où les enfants grandissent et se développent tels les milieux de garde, l'école et la communauté locale[57] ».

Les travaux du FMRC ont également confirmés le lien entre la prévention de l'obésité à l'âge adulte et le fait d'avoir été allaité[7]. Pour plus d'information sur l'allaitement maternel, consulter la section 3.1.7 (voir section allaitement 3.1.7).

En pratique... Les personnes qui ont un surplus de poids devraient faire le plus possible d'activité physique aérobique, de même que de la musculation sollicitant les grands groupes musculaires. (voir section activité physique 3.1.4)

Pour les **adultes**, le programme Choisir de maigrir est destiné à soutenir la démarche de perte de poids. Actuellement offert dans deux CSSS de la région, cette intervention issue du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*[6] devrait être mise en place dans tous les CSSS d'ici 2012.

Pour les **adolescents**, le programme Bien dans sa tête bien dans sa peau, reconnu efficace, porte sur l'image corporelle et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Il serait intéressant d'envisager son déploiement par l'intermédiaire de l'approche École en santé (voir glossaire), fortement présente dans la région. De plus, des interventions visant la modification des habitudes de vie et les environnements favorables aux saines habitudes de vie doivent être consolidées et financées adéquatement.

Pour les **enfants**, les interventions doivent principalement viser les familles et les environnements sains. Au besoin, des interventions plus spécifiques peuvent être effectuées par des équipes interdisciplinaires.

Des approches environnementales pour prévenir l'obésité

Des approches environnementales, telles que l'accès à des infrastructures sportives, à des aliments de qualité, à des restaurants offrant des menus santé, sont en pleine expansion dans la région. De nombreux acteurs sont impliqués : milieux de garde, milieux de travail, municipalités, milieu scolaire, etc.

Les acteurs tels que la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches (voir glossaire) sont directement impliqués.

Des exemples... Relevons tout particulièrement des politiques et des actions qui favorisent une offre alimentaire de qualité dans différents milieux :

- en milieu scolaire : la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Politique-cadre en milieu scolaire*[53];
- dans les établissements du réseau de la santé : le *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*[55];
- dans les restaurants : le programme *Fruits et légumes en vedette*[61] favorise une offre de fruits et de légumes plus élevée par les restaurateurs du Québec. De plus, ce programme favorise l'offre de fruits et de légumes des producteurs de la région dans les restaurants, une opportunité pour contribuer à l'achat de produits locaux.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

Promotion-prévention ² : le poids santé	
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Poursuivre les travaux de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches.
	Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
	Collaborer à la mise en œuvre des politiques ministérielles touchant les environnements favorables, notamment en milieu scolaire et dans le réseau de la santé.
Renforcer l'action communautaire	Impliquer le milieu communautaire dans le soutien aux familles plus défavorisées pour favoriser l'adoption des saines habitudes de vie.
Acquérir des aptitudes individuelles	Pour les adultes, contribuer au déploiement du programme Choisir de maigrir.
	Pour les jeunes : <ul style="list-style-type: none"> • en milieu scolaire, implanter le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau. • améliorer les services aux personnes ayant un problème de poids.
	Promouvoir la pratique d'activité physique afin de prévenir les problèmes liés au poids et d'intervenir auprès des personnes ayant un surplus de poids.
Réorienter les services de santé	Consolider les équipes de CSSS par l'intégration des nutritionnistes dans les équipes de promotion des saines habitudes de vie.
	Former tous les intervenants concernés sur les recommandations du FMRC liées au poids.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AU QUOTIDIEN

L'être humain est fait pour bouger. La littérature scientifique démontre de façon très convaincante que la pratique régulière d'activités physiques est requise pour la santé, et ce, à tout âge. Aussi la pratique régulière d'activités physiques est associée à un risque réduit d'être atteint de certains cancers.

Selon les travaux du FMRC, la sédentarité accroît le risque de prise de poids, de surplus de poids et d'obésité d'une manière convaincante[7]. Le lien entre l'obésité et le cancer est traité à la section Le poids santé (voir 3.1.3).

Activité physique et santé

L'activité physique est essentielle à la santé. De nombreux avis d'autorités scientifiques et médicales de rayonnement national ou international le confirment[62, 63]. En effet, les recherches indiquent clairement qu'en plus d'améliorer et d'entretenir la condition physique (voir glossaire) et la capacité fonctionnelle, la pratique régulière d'activités physiques diminue le risque d'être atteint de divers problèmes de santé et d'en mourir de façon prématurée[64, 65].

L'activité physique et le cancer

En plus des bienfaits confirmés de la pratique d'activités physiques et d'une bonne aptitude cardiorespiratoire (voir glossaire) dans la prévention des maladies cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux), du diabète de type 2 et du surplus de poids, des recherches ont démontré que la pratique régulière d'activités physiques a un effet protecteur contre certains cancers.

En effet, comme le souligne le FMRC[7], l'activité physique réduit les risques de cancer du côlon (de 30 à 50 %), du sein chez les femmes ménopausées (de 50 à 60 %) et de l'endomètre (de 30 à 40 %).

L'activité physique et le risque de cancer selon le FMRC[7]		
	Diminue le risque	Augmente le risque
	Site du cancer	Site du cancer
Convaincant	Côlon ¹	-----
Probable	Sein (après la ménopause) Endomètre	-----

1. La littérature scientifique montre des preuves convaincantes pour le cancer du côlon. Les preuves sont moins convaincantes pour le cancer du rectum pris isolément.

Un nombre croissant d'études suggèrent que l'exercice physique prévient également le cancer du poumon, du pancréas et du sein avant la ménopause[7]. Certaines recherches suggèrent qu'on peut ajouter le cancer de la prostate (de 10 à 30 %) à cette liste[65-67] bien que dans ce cas, l'effet protecteur semble moins marqué.

L'exercice physique « n'immunise » pas contre le cancer, mais par son effet protecteur, il s'avère un allié majeur pour réduire le risque d'en être atteint.

Plusieurs facteurs risquent de modifier le niveau d'activité physique dans le futur. Le développement économique a comme effet de réduire les activités physiques liées au travail, aux tâches domestiques et au transport. Dans les pays industrialisés, les activités physiques de loisir sont presque les seules à pouvoir augmenter la dépense énergétique quotidienne.

Une réflexion...

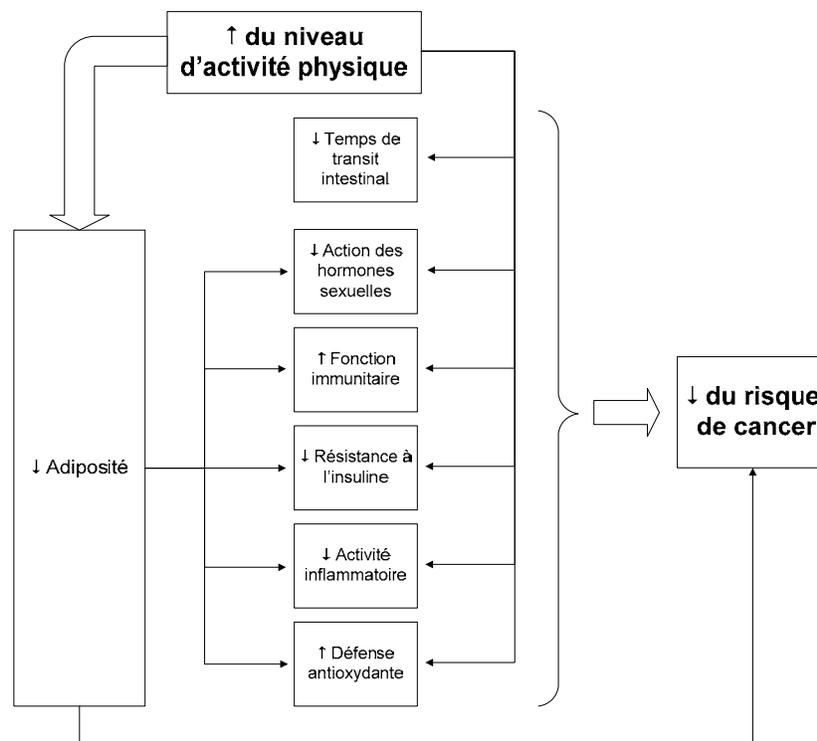
Attention, il ne faut pas en conclure que le manque d'exercice physique est la cause des cancers; c'est l'activité physique qui agit comme un facteur de protection. Quelles que soient les prédispositions génétiques pour un cancer, le risque d'en être atteint sera réduit chez toute personne qui adopte un mode de vie physiquement actif, qui augmente son niveau d'activité physique aérobie et qui améliore son aptitude cardiorespiratoire.

Les mécanismes

Certains cancers pour lesquels l'activité physique joue un rôle préventif documenté sont parmi ceux dont la prévalence est la plus élevée. Des recherches épidémiologiques futures, menées auprès de plus grandes cohortes, révéleront peut-être qu'un mode de vie physiquement actif a aussi un effet préventif vis-à-vis des cancers de prévalence moins élevée. En effet, lorsque l'on examine les mécanismes physiologiques par lesquels l'exercice physique peut réduire le risque de cancer (ce n'est que depuis environ deux décennies qu'on commence à les cerner) on peut penser qu'ils s'appliquent à tous les types de cancer ou, à tout le moins, à plusieurs.

On connaît au moins sept mécanismes physiologiques qui pourraient expliquer le lien entre la pratique régulière d'activités physiques et la réduction du risque de cancer[68].

Mécanismes de prévention du cancer par l'activité physique

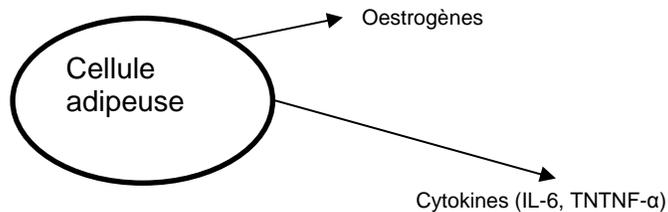


Source : Marc Tiernan (2008)[69].

1. Contrôle de la masse grasse par la diminution de l'adiposité

Le premier et le plus important de ces mécanismes est le maintien d'un poids normal et, pour les personnes qui ont du poids à perdre, la réduction du volume de tissu adipeux. Le tissu adipeux est formé en grande partie d'adipocytes, des cellules agissant comme de véritables glandes paracrines¹⁰ et endocrines¹¹. En effet, les adipocytes libèrent plusieurs substances dans la circulation qui accélèrent la prolifération des cellules cancéreuses. En plus d'augmenter la résistance à l'insuline, la graisse corporelle en excès est une source d'œstrogènes, des hormones qui réduisent l'activité des cellules tueuses (lymphocytes NK, aussi appelées cellules tueuses naturelles), ce qui accentue la multiplication des cellules cancéreuses. La graisse libère aussi des cytokines, qui augmentent l'inflammation chronique, ce qui crée un milieu propice au développement des cellules cancéreuses.

Substances sécrétées par les cellules adipeuses augmentant le risque de cancer



Comme le soulignait le Comité scientifique de Kino-Québec dans *L'activité physique et le poids corporel*[70], l'excès de poids résulte toujours d'un bilan énergétique positif, d'où le rôle important que peut jouer l'exercice physique dans le contrôle du poids, tant chez les adultes que chez les jeunes.

Saviez-vous que... l'exercice physique représente la seule manière d'augmenter la dépense énergétique sur laquelle on peut avoir une certaine maîtrise?

L'exercice physique :

- stimule la fonction cardiorespiratoire;
- facilite le maintien d'un poids normal;
- facilite la perte de poids lorsqu'elle est nécessaire;
- facilite le maintien du poids après amaigrissement (si l'activité physique est combinée avec une alimentation appropriée).

2. Réduction de l'action des hormones sexuelles

L'activité physique inhibe l'effet négatif qu'ont les œstrogènes sur l'activité des cellules tueuses. Et si elle s'accompagne d'une perte de poids, l'activité physique réduit la quantité d'œstrogènes (hormones associées au cancer du sein) et d'androgènes (hormones associées au cancer de la prostate et du testicule) en circulation dans le sang.

¹⁰ Paracrine : qui sécrète des substances agissant sur des tissus avoisinants.

¹¹ Endocrine : qui sécrète des substances dans la circulation sanguine agissant sur des tissus cibles distants.

3. Amélioration de la fonction immunitaire

La fonction immunitaire diminue avec l'âge, ce qui augmente le risque d'infection, de tumeurs et de maladies auto-immunitaires. Théoriquement, des activités physiques à une intensité modérée devraient inverser les effets négatifs du vieillissement sur le système immunitaire tout en affectant à la baisse la prolifération de lymphocytes NK. À l'inverse, l'activité physique augmente le nombre de cellules tueuses en circulation et améliore la circulation sanguine, ce qui permet aux cellules tueuses et aux autres substances du système immunitaire (voir Les mécanismes associés au développement du cancer, section 1.1.2) de circuler plus facilement dans le corps, processus indispensable pour prévenir, entre autres, l'infection d'une plaie, l'apparition de cancers par une réduction de la prolifération des cellules cancéreuses, ainsi que d'autres maladies.

4. Diminution de la résistance à l'insuline

On sait depuis plusieurs années que l'activité physique améliore la sensibilité à l'insuline, ce qui permet au glucose de pénétrer à l'intérieur des cellules plus facilement, avec moins d'insuline. Cela résulte en une diminution de la quantité d'insuline circulante pour une même élévation de la glycémie, après un repas. Une concentration moins élevée d'insuline diminue la prolifération des cellules cancéreuses, et réduit l'effet antiapoptose¹² de cette dernière.

5. Diminution de l'activité inflammatoire

L'inflammation est un processus normal et courant qui permet la « réparation » de tissus lésés. Elle est essentielle pour maintenir l'intégrité du corps humain, mais elle favorise le développement de cellules cancéreuses. En effet, lorsqu'elle devient chronique, l'inflammation est doublement associée à un risque accru de cancer : par la sécrétion des cellules pro-inflammatoires qui induisent la prolifération des cellules cancéreuses, et par l'augmentation du nombre de vaisseaux sanguins au pourtour du tissu inflammé (vaisseaux qui alimentent les cellules cancéreuses). Le phénomène d'inflammation permet au cancer d'envahir l'organisme et de poursuivre sa croissance. On estime que plus d'un cancer sur six est directement lié à un état d'inflammation chronique[71].

La contraction musculaire vient contrecarrer l'inflammation en augmentant la sécrétion dans la circulation sanguine de substances anti-inflammatoires (IL-6) qui inhibent l'activité de facteurs pro-inflammatoires (TNF- α et IL-1) et stimulent la sécrétion des autres substances pro-inflammatoires (TNF-R, IL-1ra, IL-10). C'est la diminution des réserves de glycogène musculaires pendant l'exercice qui serait à l'origine du relâchement d'IL-6.

6. Diminution du temps de transit intestinal

En diminuant le temps de transit intestinal, l'activité physique permet de réduire le temps de contact entre les selles et la muqueuse de l'intestin, ce qui atténue le risque de modification de l'ADN des cellules. L'activité physique favorise également l'évacuation

¹² Antiapoptose : bloque le processus par lequel des cellules déclenchent leur auto-destruction en réponse à un signal.

des acides de la vésicule biliaire qui peuvent devenir cancérogènes s'ils entrent en contact avec les bactéries du système digestif.

7. Augmentation de la défense antioxydante

L'oxydation se produit lorsque l'oxygène entre en contact avec une substance et entraîne une réaction chimique qui libère des électrons, appelés « radicaux libres ». Ces derniers endommagent les tissus avoisinants par collision. Résultat : l'ADN de certaines cellules peut être endommagé, ce qui peut être à l'origine du développement de cellules cancéreuses. Certes, la consommation d'oxygène accrue au cours de l'exercice aérobie augmente la présence de radicaux libres dans l'organisme. Mais pour pallier cette augmentation de la quantité de radicaux libres, le corps s'adapte en améliorant ses défenses antioxydantes : l'activité des enzymes chargées de neutraliser les radicaux libres augmente. Une personne profitant d'une bonne condition physique est donc mieux protégée contre l'effet nocif des radicaux libres.

L'activité physique et la cessation tabagique (voir section 3.1.1)

À ces sept mécanismes physiologiques pouvant expliquer l'effet préventif de l'activité physique vis-à-vis du cancer s'ajoute notamment le fait que l'augmentation de la ventilation à l'effort résulte en une élimination accrue des substances nocives du tabac, d'où un risque moins élevé de cancer du poumon chez les fumeurs physiquement actifs comparativement aux fumeurs sédentaires. Des recherches effectuées auprès de 36 929 fumeuses physiquement actives et fumeuses sédentaires ont en effet montré que les premières étaient 35 % moins à risque de développer un cancer du poumon que les fumeuses sédentaires[72].

Saviez-vous que... un niveau d'activité physique plus élevé est associé à une probabilité réduite de se mettre à faire usage de produits du tabac chez les jeunes[73] et chez les adultes[74]? Pas surprenant, donc, que les jeunes membres d'une équipe sportive soient moins susceptibles de fumer la cigarette, comme le révèle une étude réalisée aux États-Unis auprès de 12 272 élèves du secondaire[75]. L'association négative entre le tabac et l'activité physique semble être encore plus prononcée chez les adultes que chez les enfants et les adolescents[76].

Sans être à lui seul suffisant pour cesser de fumer, l'exercice physique peut aider les personnes qui le veulent, car il atténue les symptômes de sevrage de même que les envies de fumer[77]. À ce jour, on dénombre une vingtaine d'études expérimentales montrant qu'une période d'exercice physique réduit le désir de fumer et les symptômes de sevrage chez des fumeurs abstinents. Ces études montrent qu'après une période allant jusqu'à 17 heures d'abstinence, les fumeurs éprouvent une moins grande envie de fumer, moins de symptômes de sevrage et de pensées négatives, et ce, pendant et jusqu'à 30 minutes après l'exercice.

Des périodes courtes d'exercice physique peuvent donc donner d'aussi bons résultats que de plus longues périodes[77]. Dans quelques études, on a observé que l'activité physique peut réduire le gain de poids suivant l'abandon tabagique [78, 79]. Il faut donc inviter les personnes qui fument à cesser de fumer tout en augmentant leur niveau d'activité physique, d'autant plus qu'un excès de poids est associé à un risque accru de cancer.

L'activité physique, la grossesse et la cessation tabagique (voir section 3.1.1)

Des femmes enceintes¹³ ayant bénéficié d'un soutien à la cessation tabagique, de conseils personnalisés et d'un programme d'exercice physique déclaraient que le programme les avait aidées à contrôler leur poids, à diminuer leurs envies de fumer et à augmenter leur niveau de confiance dans leur aptitude à cesser de fumer. Au huitième mois de grossesse, 25 % des femmes avaient complètement cessé de fumer. Ces dernières avaient également atteint l'objectif de pratiquer 110 minutes d'activités physiques par semaine à la fin du traitement[80].

Kino-Québec a publié un guide à l'intention des femmes enceintes ou celles qui souhaitent le devenir. On y retrouve des conseils sur la pratique sécuritaire d'activités physiques de même que des exemples d'exercices qui peuvent être faits à la maison. Ce guide permet également de faire la lumière sur les différentes questions entourant la pratique d'activités physiques pendant la grossesse (changement du poids corporel, développement du fœtus, accouchement, allaitement, dépression post-partum, etc.).

Pour en savoir davantage... consulter le guide à l'intention des femmes enceintes ou celles qui souhaitent le devenir : www.kino-quebec.qc.ca.

L'activité physique, le stress (voir section stress 3.1.6) **et la cessation tabagique** (voir section 3.1.1)

Si l'activité physique aide les ex-fumeurs à ne pas recommencer à fumer, c'est peut-être notamment parce qu'elle s'accompagne de la production d'endorphines. Les endorphines sont en quelque sorte des hormones du plaisir. En plus de renforcer le système immunitaire et de protéger du stress, elles favorisent la bonne humeur et provoquent un sentiment d'euphorie. Privée de nicotine, une personne qui a cessé de fumer peut en quelque sorte atténuer le « déplaisir » découlant du sevrage en profitant des effets d'une activité aérobie sur la production d'endorphines.

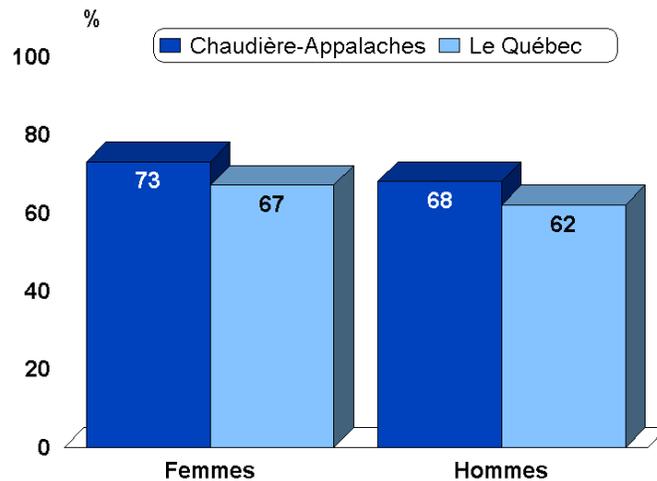
Ce que les enquêtes révèlent

(Voir Recueil statistique, section 4.3)

Chez les personnes âgées de 18 ans et plus, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, montrent qu'au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas atteindre le niveau minimal d'activité physique de loisir recommandé[30]. Bien que la différence ne soit pas significative dans la région, on observe la même tendance.

¹³ Kino-Québec a publié un guide à leur intention. On y retrouve des conseils sur la pratique sécuritaire d'activités physiques de même que des exemples d'exercices qui peuvent être faits à la maison. Ce guide permet également de faire la lumière sur les différentes questions entourant la pratique d'activités physiques pendant la grossesse (ex. changement du poids corporel, développement du fœtus, accouchement, allaitement, dépression post-partum, etc.). Il peut être téléchargé gratuitement du site Internet de Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca

Évolution de la proportion de la population de 18 ans ou plus n'atteignant pas le niveau d'activité physique recommandé



Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Chez les jeunes de 12 à 17 ans, les données sur les activités physiques de loisir[30] montrent que tant dans l'ensemble du Québec que dans la région, une plus grande proportion d'adultes que de jeunes n'atteignent pas le niveau minimal recommandé, soit, pour la région, 65 % des adultes comparativement à 45 % des jeunes.

L'activité physique : lignes directrices

Compte tenu de l'effet préventif démontré de l'activité physique vis-à-vis de plusieurs types de cancers, il s'avère fondamental de promouvoir un mode de vie physiquement actif auprès de l'ensemble de la population. C'est pourquoi, il s'avère fondamental de promouvoir un mode de vie physiquement actif auprès de l'ensemble de la population. Faire ne serait-ce qu'un peu d'activité physique est plus profitable pour la santé que de ne pas en faire du tout. Les personnes sédentaires ont avantage à débiter par des activités de faible intensité (voir glossaire), puis de parvenir progressivement à faire au moins le volume minimal recommandé d'activité d'intensité moyenne (voir glossaire). Il s'avère donc fondamental de promouvoir un mode de vie physiquement actif auprès de l'ensemble de la population[68].

Voici les lignes directrices que l'on peut proposer. Elles découlent des travaux du Comité scientifique de Kino-Québec et sont congruentes avec celles d'autres organisations, par exemple le *U.S. Department of Health and Human Services*[63].

- **Tous les jeunes** (enfants et adolescents) devraient faire *le plus possible* d'activité physique : sports et jeux, déplacements et tâches quotidiennes; et ces activités devraient être diversifiées et appropriées au développement des habiletés motrices et des déterminants de la condition physique. Plus le volume et l'intensité des activités physiques et sportives sont élevés, plus les bénéfices seront importants, sauf dans les cas extrêmes[81]. De plus, la politique *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*[53] cible la pratique d'une heure par jour d'activité physique d'intensité moyenne ou élevée à l'école, à la maison ou tout autre endroit propice.

- **Les adultes** devraient faire, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité aérobie d'intensité moyenne (voir glossaire) ou 75 minutes à intensité élevée (voir glossaire), ou une combinaison équivalente (par exemple 50 minutes d'activité aérobie d'intensité moyenne et 50 minutes à intensité élevée). On recommande d'atteindre ce volume d'activité physique aérobie par des séances idéalement réparties tout au long de la semaine (au moins 10 minutes par période d'activité). Ils devraient également faire, deux fois ou plus par semaine, des exercices de musculation d'intensité modérée sollicitant les grands groupes musculaires. En cas d'impossibilité, que ce soit pour des problèmes de santé chroniques ou pour d'autres raisons, les adultes devraient être aussi actifs que possible et faire des exercices d'équilibre et de flexibilité afin de réduire le risque de chute.

En pratique...

Le niveau d'activité aérobie (voir glossaire) dépend de la condition physique de chaque personne.

- Pour les adultes dont l'aptitude aérobie est moyenne, la marche d'un bon pas constitue généralement une activité d'intensité moyenne, tandis que le jogging et le tennis en simple sont des exemples d'activités d'intensité élevée.
- Pour ceux qui ont une moins bonne aptitude aérobie, la marche d'un pas normal représente une activité d'intensité moyenne et la marche d'un bon pas devient une activité d'intensité élevée.

Des actions pour la région

Dans la région, de nombreuses activités sont organisées, tant par le réseau de la santé que par les partenaires. La promotion d'un mode de vie physiquement actif est l'affaire de tous. Relevons les campagnes effectuées par Kino Québec qui s'adressent à des publics diversifiés.

La consolidation des équipes de promotion des saines habitudes de vie des CSSS par l'intégration de kinésiologues¹⁴ ou d'éducateurs physiques dans chaque point de service serait nécessaire.

Les actions s'adressent à tous les groupes d'âge. Les actions auprès des tout-petits ne doivent pas être négligées. Développer le plaisir de bouger et de faire des jeux actifs dès la petite enfance et assurer l'accès à des aires de jeu sécuritaires dans toutes les communautés demeurent des défis pour la région.

En milieu scolaire, l'approche École en santé (voir glossaire) et la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif (voir glossaire) constituent des opportunités pour motiver et soutenir la pratique d'activités physiques chez les jeunes. En ce sens, l'approche École en santé propose d'accompagner les écoles et ses partenaires en vue d'accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention réalisées pour améliorer la réussite et la santé des jeunes. Elle s'actualise

¹⁴ Les kinésiologues sont des professionnels de la santé spécialisés en sciences des activités physiques et sportives, qui utilisent l'exercice physique à des fins de prévention, de traitement et d'amélioration de la santé et de la condition physique.

par une démarche qui consiste à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école ainsi que dans les plans d'action des partenaires, un ensemble des mesures appropriées de promotion de la santé. Quant à la Politique-cadre, elle a pour but de soutenir les milieux scolaires dans l'offre d'un environnement favorable à l'adoption et au maintien des saines habitudes de vie incluant la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif ainsi qu'au développement de compétences personnelles des élèves à cet égard.

Pour les 50 ans et plus, à titre d'exemple, relevons la programmation d'activités *Ainergie Plein air* offerte par la Maison des Aînés de Lévis qui initie à l'activité physique en plein air, invite au dépassement et fait connaître les ressources du milieu.

Pour en savoir davantage... consulter :

- les avis du Comité scientifique de Kino-Québec, téléchargeables à partir du site Internet de Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca;
- le site Internet de la Fédération des kinésiologues du Québec : www.kinesiologue.com.

Afin que l'activité physique joue un rôle protecteur contre le cancer, la participation de tous est requise. En effet, les parents, les intervenants du milieu de la santé, scolaire, municipal et communautaire ainsi que des secteurs publics et privés et les organisations sportives sont invités à créer des environnements plus attrayants, qui réduisent les obstacles à la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : l'activité physique
Élaborer des politiques publiques saines	<p>En milieu scolaire, contribuer à la mise en œuvre de la politique <i>Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif.</i></p> <p>Soutenir le déploiement de politiques municipales, notamment par l'adoption de politiques familiales axées sur le développement d'un mode de vie physiquement actif.</p>
Créer des milieux favorables	<p>Poursuivre l'implication de la région dans les campagnes du programme Kino-Québec.</p> <p>Susciter des partenariats visant à utiliser des installations de l'environnement scolaire, municipal et de loisir pour maximiser l'activité physique de la population.</p> <p>Favoriser l'accès aux activités simples et ludiques qui développent le goût de bouger à tout âge (marche, danse, sports de glisse, ...).</p> <p>Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.</p> <p>Aménager des environnements favorables dans les milieux de vie tels les milieux scolaires, de travail et communautaires. les écoles, les lieux de travail et les communautés.</p> <p>Augmenter l'accessibilité des infrastructures de loisirs, des espaces verts, des parcs, des installations sportives, des voies cyclables et des endroits de marche.</p>
Renforcer l'action communautaire	<p>Par l'intermédiaire des agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS, soutenir les organismes communautaires dans les activités qui permettent de maintenir un mode de vie physiquement actif.</p> <p>Soutenir des initiatives qui proposent d'accompagner les communautés en vue d'accroître l'efficacité de leurs interventions en promotion de la santé, telles que l'approche École en santé, le réseau VIACTIVE.</p>
Acquérir des aptitudes individuelles	<p>Consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.</p>
Réorienter les services de santé	<p>Consolider les équipes de promotion des saines habitudes de vie en CSSS par l'intégration d'au moins un kinésiologue ou un éducateur physique.</p> <p>Former tous les intervenants concernés sur les recommandations du FMRC sur l'activité physique.</p> <p>Former tous les intervenants sur l'importance d'adopter et de maintenir un mode de vie physiquement actif à toutes les étapes du continuum de soins et de services.</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.5 L'ALCOOL : UN PRODUIT BANALISÉ

La consommation d'alcool augmente les risques de cancer. D'après les preuves scientifiques concernant uniquement le cancer, il faudrait éviter la consommation d'alcool même en petites quantités[7].

La consommation d'alcool : un enjeu majeur de santé publique

Au Québec, l'alcool est devenu un produit de consommation bien intégré et accepté dans la population. Sa consommation est associée à des valeurs sociales positives (plaisirs, détente, loisirs, bons repas, vacances) plutôt qu'aux problèmes de santé et sociaux qu'il peut entraîner. Les raisons de consommer diffèrent selon chaque personne : elles sont liées à son histoire, à son état de santé, à son environnement familial, social et culturel.

Cependant, les conséquences et les coûts individuels, sociaux et économiques engendrés par la consommation excessive d'alcool sont énormes. Plusieurs problèmes de santé et sociaux y sont directement ou indirectement associés : cancers, maladies cardiovasculaires, cirrhoses du foie, problèmes de santé mentale, suicides, accidents de la route, chutes, violences familiales, négligence et mauvais traitements chez les enfants, etc.

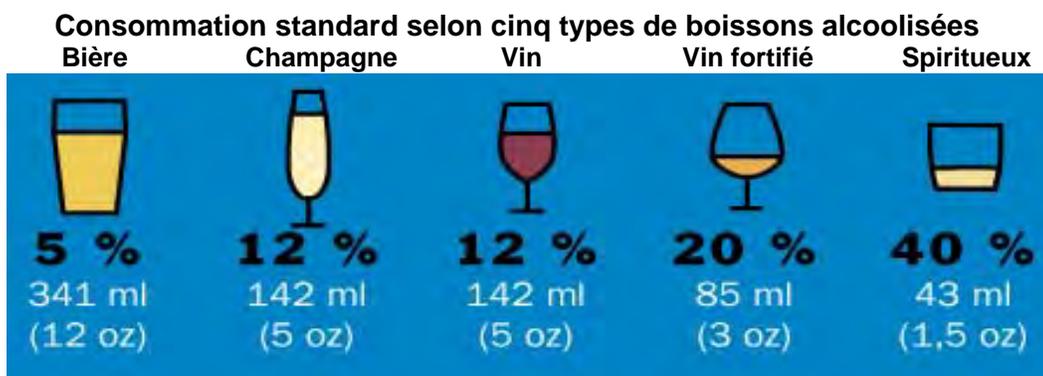
Les effets sur l'organisme

L'alcool est un psychotrope qui fait partie des dépresseurs du système nerveux central. Comme effet, il agit sur le jugement, les fonctions cognitives et le comportement. L'alcool consommé sans manger passe rapidement dans le sang et ses effets sont rapides et importants.

Les femmes sont plus vulnérables que les hommes aux effets de l'alcool. En effet, à poids égal et à consommation égale, l'alcoolémie est plus élevée chez la femme que chez l'homme. Cette différence est due au fait que le corps des femmes contient un plus grand pourcentage de gras. Le gras absorbant moins efficacement l'alcool que les muscles, il en résulte une concentration d'alcool plus élevée dans le sang.

Qu'est-ce qu'une consommation?

Les boissons contenant de l'alcool ont été standardisées sous forme de consommation standard, correspondant, au Canada, à 17 ml d'alcool pur, soit 13,5 grammes d'alcool par consommation.



Source : Centre québécois de lutte aux dépendances (2006)[82].

Les modèles de consommation

La quantité totale d'alcool consommée et la façon de la consommer peuvent avoir des effets nocifs sur la santé. En effet, la consommation régulière d'une quantité modérée d'alcool par semaine, par exemple un verre d'alcool par jour pendant cinq jours comporte des effets biochimiques différents à long terme et n'agit pas de la même façon qu'une même quantité d'alcool, cinq verres, pris au cours d'une même occasion. Cette forte consommation ponctuelle comporte des risques de problèmes aigus liés à l'intoxication[83].

Des liens avec le cancer

La consommation d'alcool augmente les risques de certains cancers digestifs : bouche, pharynx, larynx, œsophage, foie et dans une moindre mesure côlon et rectum. Il est aussi associé au cancer du sein, avant et après la ménopause. Les risques de cancer colorectal s'accroissent à partir d'un peu plus de deux verres par jour[7, 83]. Les personnes qui boivent occasionnellement jusqu'à l'intoxication ont trois fois plus de risques de cancer que les buveurs quotidiens qui ne s'intoxiquent pas. En effet, les épisodes d'intoxication favoriseraient la métastase des tumeurs car ils abaissent temporairement les défenses du système immunitaire[84].

Saviez-vous que... pour tous les cancers, il n'existe pas de seuil en deçà duquel l'alcool est sans effet, car le risque s'accroît déjà avec de faibles quantités d'alcool?

La consommation de plus de quatre verres d'alcool par jour sous toutes ses formes entraîne une hausse de cancer, de maladies cardiovasculaires et des démences. Comme le mentionnent Béliveau et Gingras (2009), « l'alcool est une arme à double tranchant qu'il faut savoir utiliser intelligemment[47] ».

Les boissons alcoolisées et le risque de cancer selon le FMRC[7]

	Diminue le risque	Augmente le risque
	Site du cancer	Site du cancer
Convaincant	-----	Bouche Pharynx et larynx Oesophage Colorectal (hommes) Sein (pré et postménopausées)
Probable	-----	Foie Colorectal (femmes)

Alcool et tabac un mélange qui multiplie le risque de cancer

Saviez-vous que... boire et fumer, même modérément, **multiplie** les risques de développer divers cancers, notamment ceux des systèmes digestif et respiratoire?

Le tabac agit en synergie avec l'alcool. L'effet des deux produits est donc plus grand que celui de chacun pris individuellement. À titre d'exemple, « un fumeur de 25 cigarettes par jour, qui boit moins de trois consommations d'alcool par jour, a cinq fois plus de risque de développer un cancer de l'œsophage que quelqu'un qui ne fume pas et qui ne boit pas. Si ce même fumeur boit sept consommations par jour, il multiplie ce risque par 44 »[85].

Comme mentionné dans la section portant sur le tabagisme, l'usage du tabac et la consommation d'alcool augmentent les risques de cancers buccaux (de la bouche). Pour plus d'information sur la détection des cancers buccaux, consulter la section sur le non-usage du tabac (voir section 3.1.1).

L'alcool a-t-il un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires?

Pour répondre à cette question, des facteurs sont à considérer : la quantité consommée, la fréquence de la consommation, l'âge de la personne et son état de santé.

Pour les maladies cardiovasculaires, les effets protecteurs d'une consommation modérée d'alcool, peu importe la boisson, sont clairement prouvés et ne profitent qu'aux personnes adultes âgées d'environ 45 ans, et déjà en âge de souffrir de cette maladie[83].

L'effet protecteur du vin rouge, selon Béliveau et Gingras (2009)[47], provient de la molécule resvératrol présente en quantités appréciables exclusivement dans ce type de vin. Le vin aurait de multiples actions positives sur le système cardiovasculaire et même sur la prévention du cancer. Toutefois, comme le précise ces auteurs, « la clé pour profiter des bienfaits du vin rouge demeure la modération (125 ml par jour) car à fortes doses, l'alcool est très nocif pour les cellules et augmente considérablement les risques de plusieurs cancers, notamment ceux de la bouche, du foie et du sein »[20]. De plus, la consommation de vin rouge doit être jumelée à des habitudes de vie saines (alimentation saine riche en fruits et légumes, activité physique quotidienne, etc.).

Ce que les enquêtes révèlent

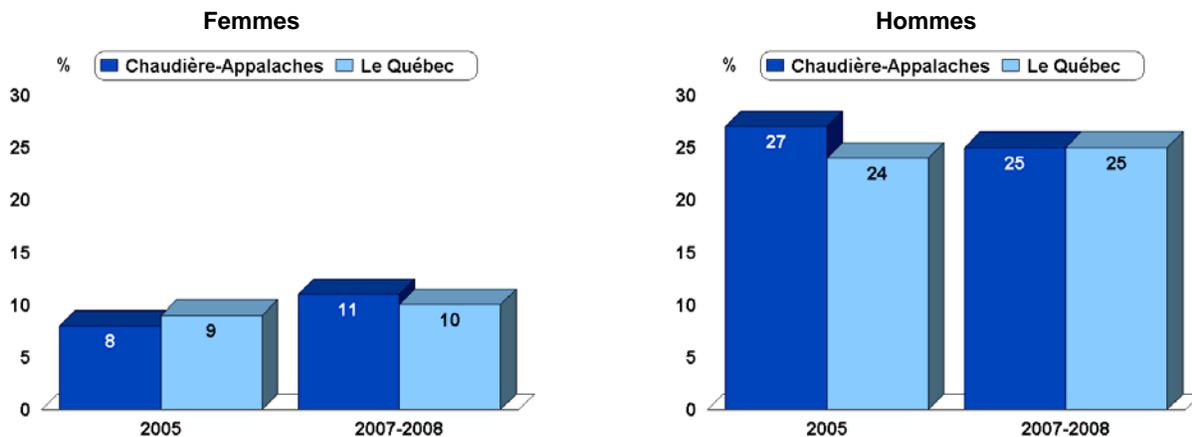
(voir Recueil statistique, section 4.5)

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008[30], tant dans la région qu'au Québec, la proportion d'hommes présentant une consommation élevée d'alcool¹⁵ est nettement plus élevée que celle des femmes (25 % comparativement à 12 %).

Qui sont ces consommateurs? Dans la région, la moitié sont âgés entre 20 et 49 ans (51 %), perçoivent un stress quotidien élevé (28 %) et un peu plus du quart sont fumeurs (27 %). L'Enquête révèle qu'au Québec, la consommation élevée d'alcool est plus grande chez les personnes ayant complété un secondaire 5 et de niveau de revenu supérieur; cette même tendance est observée dans la région même si la différence n'est pas statistiquement significative.

Les données ne montrent pas de diminution de la consommation entre les enquêtes.

Évolution de la proportion de personnes de 12 ans ou plus présentant une consommation élevée d'alcool¹



1. Avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins 12 fois au cours des 12 derniers mois.

Source : Statistique Canada, FMGD ESCC cycle 3.1, 2005.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

En pratique...

La grande tolérance des québécois concernant l'alcool par sa consommation, son mode de consommation, son accessibilité, sa popularité et sa correspondance à des valeurs positives rendent difficiles les actions sur celui-ci.

Chez les consommateurs modérés, la consommation régulière et l'abus constituent un problème prioritaire de santé publique dont les conséquences sont tant personnelles, familiales que sociales. Le lien entre la consommation d'alcool pris régulièrement et les intoxications aiguës (consommations de cinq verres et plus en une même occasion) avec les risques de développer un cancer est bien démontré. Dans le cadre d'une approche globale d'intervention, les professionnels de la santé doivent intensifier la

¹⁵ Avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins 12 fois au cours des 12 derniers mois.

collaboration avec leurs partenaires afin de sensibiliser la population aux effets de l'alcool sur la santé de manière à ce que la consommation d'alcool devienne un choix éclairé. La consommation d'alcool doit être considérée dans un contexte plus large des saines habitudes de vie.

Saviez-vous que... c'est la synergie entre habitudes de vie bonnes ou mauvaises qui semble déterminante dans le développement du cancer?

Il faut toutefois rappeler que les travaux du FMRC effectués sur l'alcool concluent qu'il n'existe pas de seuil de consommation d'alcool que l'on puisse juger parfaitement sécuritaire[7]. D'après les preuves scientifiques concernant uniquement le cancer, il faudrait éviter la consommation d'alcool même en petites quantités. En tenant compte de l'effet protecteur de l'alcool contre les maladies coronariennes, pour les personnes qui désirent consommer de l'alcool, il est recommandé de se limiter à une consommation d'alcool par jour pour les femmes et à deux consommations pour les hommes. Selon Béliveau et Gingras[20], la consommation modérée de vin rouge doit se faire dans un contexte plus global des saines habitudes de vie pour obtenir les bénéfices du resvératrol sur la santé. De plus, la consommation doit se prendre au moment des repas.

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011[86] et le Programme-services Dépendances offre de service 2007-2012[87] orientent les actions à mettre en place.

Chez les adultes, le programme québécois Alcochoix+ a été développé à l'intention des buveurs à risque, soit la consommation de 10 à 35 verres et plus par semaine. Ce programme d'intervention brève de type cognitivo-comportemental est inspiré de l'entretien motivationnel (voir section Acquérir des aptitudes individuelles section 3.3.2). Il est reconnu efficace pour réduire la consommation excessive d'alcool chez les adultes[88]. Il est offert dans chaque CSSS de la région.

Pour en savoir davantage... sur le programme Alcochoix+ , consulter le site Internet à l'adresse suivante : http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil

Chez les jeunes, les actions doivent viser l'amélioration des compétences personnelles et sociales mais aussi l'aménagement de milieux de vie favorables à l'acquisition des saines habitudes de vie. Relevons également que depuis plus de 20 ans, la Semaine nationale de prévention des toxicomanies propose des actions pour promouvoir la prévention qui s'adresse tout particulièrement aux jeunes de 10 à 25 ans.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention ² : l'alcool
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Poursuivre les recherches pour mieux comprendre la part des facteurs individuels et contextuels impliqués lorsque surviennent les comportements de consommation.
Renforcer l'action communautaire	Poursuivre les actions de prévention auprès des jeunes dans le cadre de la Semaine nationale de prévention des toxicomanies par le réseau communautaire.
Acquérir des aptitudes individuelles	Intensifier la promotion du programme Alcochoix+.
	Évaluer la pertinence de proposer aux élèves de 3 ^e cycle du primaire et du secondaire une intervention, intégrant des activités de prévention aux dépendances par le renforcement du potentiel du jeune (développement des compétences personnelles et sociales et des facteurs de protection). Intégrer les activités dans le cadre de la réforme scolaire et de l'approche École en Santé.
	Informar la population des conséquences et des risques d'une consommation modérée et excessive d'alcool sur la santé physique (notamment les risques de cancer), mentale et sociale.
	Informar la population des effets de l'alcool sur la santé physique et mentale afin qu'elle puisse faire un choix éclairé.
	Informar la population des services offerts dans les CSSS, dont le programme Alcochoix+.
Réorienter les services de santé	Former tous les professionnels et les intervenants concernés sur la recommandation du FMRC sur les boissons alcoolisées.
	Pour les décideurs, reconnaître l'impact de la consommation d'alcool sur la santé physique, mentale et sociale tant chez la clientèle jeune et adulte (famille) que chez les aînés.
	Pour les professionnels des CSSS : <ul style="list-style-type: none"> • faire la promotion du programme Alcochoix+ auprès de leurs partenaires sur leur territoire : GMF, cliniques privées, organismes communautaires, etc.; • repérer et détecter davantage les clients qui fréquentent leurs services et intervenir précocement par différents services tels que le counseling, le programme Alcochoix+ ou d'autres programmes basés sur l'approche motivationnelle. Une attention particulière doit être portée aux groupes suivants : les femmes enceintes faisant appel à des services de périnatalité et les jeunes mères, les jeunes en difficulté et les personnes aux prises avec des troubles mentaux.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.6 LA GESTION DU STRESS

La gestion du stress constituerait un élément protecteur direct et indirect contre le développement du cancer : mieux documenter ce sujet demeure un objectif pour les chercheurs.

Le stress et le cancer : un questionnement de longue date

Le questionnement sur le lien entre le stress psychosocial et le déclenchement et l'évolution du cancer ne vient pas d'hier. Déjà au deuxième siècle, Galien, un médecin grec, observait que les femmes ayant une « prédisposition mélancolique » développaient plus facilement un cancer[89]. Plusieurs chercheurs se sont par la suite intéressés au sujet, particulièrement au cours des 20 dernières années. S'il est bien admis aujourd'hui que des facteurs génétiques, environnementaux, socioéconomiques et nutritionnels jouent un rôle crucial dans l'apparition et l'évolution de plusieurs cancers, qu'en est-il du stress et des autres facteurs psychologiques?

Le stress, qu'est-ce que c'est?

Selon le D^r Hans Selye, médecin réputé pour ses travaux sur le stress, le stress se définit comme « une réaction unique et diffuse du corps en réponse à une exigence qui lui est imposée ». On peut aussi le décrire comme une réaction physique et émotive au changement. Il est nécessaire à la survie mais devient nocif lorsqu'il y a déséquilibre entre la demande et la capacité à y répondre.

Les personnes stressées ont-elles plus de risques de développer un cancer?

Encore à ce jour, il persiste une controverse : les facteurs d'ordre psychologique interviennent-ils sur le nombre de nouveaux cas et l'évolution des différents cancers? Bien que plusieurs chercheurs ou spécialistes en cancérologie en soient convaincus, il existe peu de preuves démontrant ce lien, notamment sur le nombre de nouveaux cas de cancer. Certaines études récentes appuient toutefois cette hypothèse. Par exemple, une métaanalyse publiée en 2008 et regroupant plus de 548 études, montre un effet négatif des facteurs psychosociaux reliés au stress sur l'incidence et surtout la survie et la mortalité associée au cancer[89] (voir Recueil statistique, section 1.2). Selon cette métaanalyse, l'importance de ce lien diffère selon le site de cancer et le type de facteur psychosocial étudié (vécu d'événements stressants, dépression, faible réseau de soutien, personnalité anxieuse).

Les mécanismes

L'inflammation, l'arme redoutable des cellules cancéreuses

L'une des actions nocives du stress serait liée à l'inflammation. En effet, un état de stress répété engendrerait un état inflammatoire chronique, notamment par la sécrétion de catécholamines (noradrénaline et adrénaline) et de glucocorticoïdes (principalement le cortisol) qui interviennent plus ou moins directement sur le processus inflammatoire[90-93]. Tout se passe comme si le corps répondait à une agression. Or, la mécanique inflammatoire joue un rôle déterminant dans la croissance tumorale : on retrouve dans le microenvironnement des tumeurs des substances hautement

inflammatoires (cytokines, leukotriènes, prostaglandines, facteurs de croissance...) qui augmentent la perméabilité des cellules, stimulent leur multiplication, dilatent les vaisseaux sanguins avoisinants et stimulent la formation de nouveaux vaisseaux assurant à la tumeur un apport accru en nutriments[90, 93, 94]. De plus, certaines cytokines altèrent le mécanisme de réparation de l'ADN, rendant les cellules plus vulnérables aux mutations et à l'oncogenèse[90].

Par ailleurs, on sait qu'un état inflammatoire chronique joue un rôle primordial dans l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) de plusieurs cancers, 15 à 25 % de ceux-ci lui étant directement reliés[95, 96]. Par exemple, le risque de développer un cancer du côlon est nettement augmenté chez les patients souffrant de maladies inflammatoires de l'intestin, de même que le cancer du pancréas chez ceux souffrant de pancréatite chronique. Ainsi, un stress soutenu ou intense qui stimule la mécanique inflammatoire pourrait jouer un rôle dans la croissance tumorale.

Un système immunitaire affaibli

Si le stress psychologique active les mécanismes de l'inflammation, il exerce également une action immunosuppressive sur l'organisme[97]. Les hormones du stress altèrent les mécanismes de défenses naturelles du corps en diminuant l'activité des globules blancs du système immunitaire, notamment les cellules NK¹⁶ et les lymphocytes T¹⁷ [98, 99]. Le nombre absolu de certaines de ces cellules serait même diminué chez les personnes atteintes de cancer et présentant une grande détresse psychologique par rapport à ceux qui ont un bon équilibre émotionnel[93]. L'organisme ainsi « affaibli » est plus vulnérable au développement et à la progression des tumeurs cancéreuses, ses mécanismes de défense étant altérés.

Ce que les enquêtes révèlent

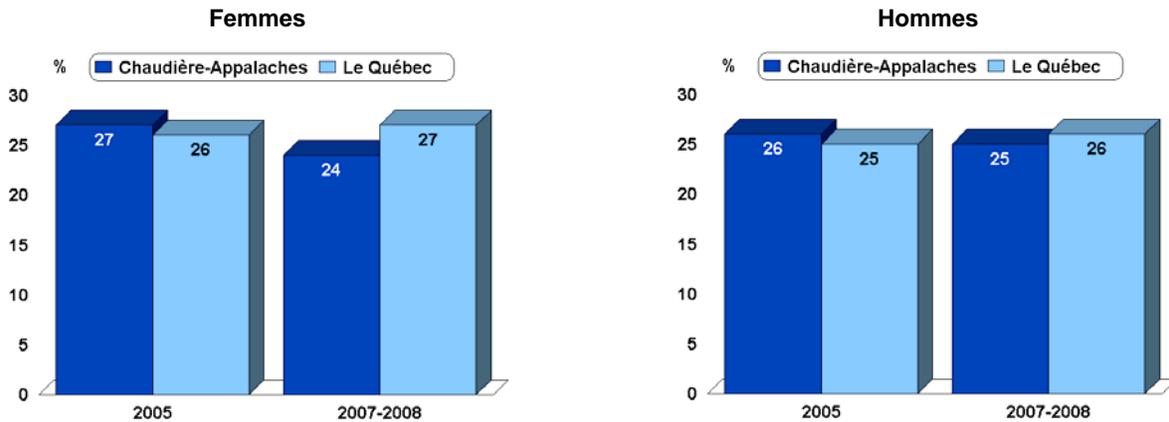
(voir Recueil statistique, section 4.6)

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, près du quart (24 %) de la population de Chaudière-Appalaches perçoit un stress quotidien élevé. Ce pourcentage est semblable à celui du Québec et touche également les hommes et les femmes. Les adultes de 25 à 44 ans sont les plus nombreux à percevoir un stress quotidien élevé (près de 35 %) alors que ceux âgés de 60 ans et plus perçoivent un stress quotidien élevé dans une moins grande proportion (12 %)[30]. L'évolution ne montre pas de différence dans le temps.

¹⁶ Les cellules NK ("Natural killers", tueuses naturelles) représentent 5 à 16 % de la population totale des lymphocytes humains.

¹⁷ Les lymphocytes sont des leucocytes qui ont un rôle majeur dans le système immunitaire.

Évolution de la proportion de personnes de 15 ans ou plus éprouvant un stress quotidien élevé



Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008 et ESCC cycle 3.1 FMGD, 2005.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Reprenre le contrôle

Malgré ses méfaits, le stress demeure essentiel à la vie. Il permet de persévérer, de réaliser des projets, de mener une vie intéressante. Toutefois, pour éviter qu'il devienne nocif à la santé et au bien-être, il importe de le gérer adéquatement. Les personnes ayant tendance à refouler leurs émotions, à s'oublier au profit des autres et à maintenir un sentiment d'impuissance face à leur vie (personnalité de type C) seraient plus sujettes à développer un cancer. À l'inverse, un état émotionnel positif, un sentiment d'équilibre intérieur et un désir de vivre (Servan-Schreiber parle de « mental anti-cancer ») sont des facteurs contributifs à un bon système immunitaire et ont possiblement un effet protecteur sur l'incidence et la progression du cancer[93]. La pratique d'activités physiques favorise également la saine gestion du stress (voir Activité physique, section 3.1.4)

Un travail de sensibilisation sur la gestion du stress auprès des agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS de même que des infirmières de GMF a été amorcé à l'automne 2007 par la DSPE de Chaudière-Appalaches; une formation a également été offerte[100]. De plus, la population de la région est invitée à participer au *Défi Santé 5/30 Équilibre*. Ce défi provincial inclut le volet Équilibre depuis 2010 qui vise notamment une saine gestion du stress[101].

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

Promotion-prévention² : le stress	
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Contribuer à l'intégration de la gestion du stress dans la promotion des saines habitudes de vie.
Renforcer l'action communautaire	
Acquérir des aptitudes individuelles	
Réorienter les services de santé	Intégrer davantage la gestion du stress au 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
	Former l'ensemble des intervenants œuvrant en promotion des saines habitudes de vie pour intervenir en gestion du stress et l'intégrer au 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
	Uniformiser le niveau de compétence en matière de gestion du stress des intervenants en habitudes de vie (activités de formation, partage des connaissances entre intervenants expérimentés et débutants, etc.)
	Répertorier les ressources locales et régionales pertinentes (groupes de soutien, intervenants sociaux, psychologues, cours de yoga, de relaxation, etc.) et distribuer le bottin aux intervenants de la santé afin d'offrir un meilleur soutien à la clientèle.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.1.7 L'ALLAITEMENT

Le fait d'avoir allaité un enfant protège la femme de certains cancers, notamment du cancer du sein[7]. (voir section Le cancer du sein, 6.2.4)

Avoir été allaité diminue le risque de développer de l'obésité à l'âge adulte un facteur de protection, puisque le surplus de poids augmente les risques de cancer[7]. (voir section Le poids santé, 3.1.3)

Les bienfaits de l'allaitement

Il est maintenant reconnu que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation par excellence pour tous les nourrissons car il comporte des avantages majeurs tant pour leur santé et celle de leurs mères que pour les familles et la société[102].

De nombreuses recherches ont démontré les bienfaits de l'allaitement sur la santé des enfants[103]. Au cours du siècle dernier, la communauté scientifique s'est principalement intéressée aux bénéfices de l'allaitement sur la santé des nourrissons pendant la période d'allaitement. Cet aspect de la promotion de l'allaitement occupe encore une grande place dans les messages de santé publique ainsi que dans la pratique clinique et dans la recherche[104].

Il est de plus en plus évident que les conditions de vie au cours de la petite enfance, incluant l'alimentation, jouent un rôle majeur sur la santé et le bien-être d'un individu tout au long de sa vie. Pourtant, l'intérêt des chercheurs sur les impacts à long terme de l'allaitement, tant chez les individus que les femmes ayant allaité, est récent[105]. De nombreuses recherches ont démontré un lien entre l'allaitement et la diminution du risque de développer l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, etc.[103] L'allaitement joue un rôle protecteur majeur contre de nombreuses pathologies qui surviennent bien plus tard au cours de la vie adulte. Ce constat mène à prendre position afin que la promotion des saines habitudes de vie inclut l'allaitement comme stratégie pour protéger la santé future des individus.

Saviez-vous que... en plus des effets mieux connus sur la santé de l'enfant, l'allaitement est une stratégie efficace pour protéger la santé future des enfants et des mères contre le cancer?

L'allaitement et son effet protecteur contre le cancer chez la femme qui a allaité

L'allaitement et le risque de cancer selon le FMRC[7]		
	Diminue le risque	Augmente le risque
	Site du cancer	Site du cancer
Convaincant	Sein (avant et après la ménopause)	-----

Le cancer du sein

(voir Recueil statistique, section 3.5)

On observe que le cancer du sein est beaucoup moins fréquent dans les pays où les taux d'allaitement sont les plus élevés[105]. Dans les pays en voie de développement où les femmes donnent naissance à plus d'enfants et où l'allaitement est plus répandu, la proportion de femmes atteintes du cancer du sein est significativement plus basse.

Le cancer des ovaires

L'allaitement pourrait également protéger les femmes contre le cancer des ovaires. Le mécanisme de protection serait le même que celui du cancer du sein. Les preuves scientifiques sont encore limitées mais évocatrices[7].

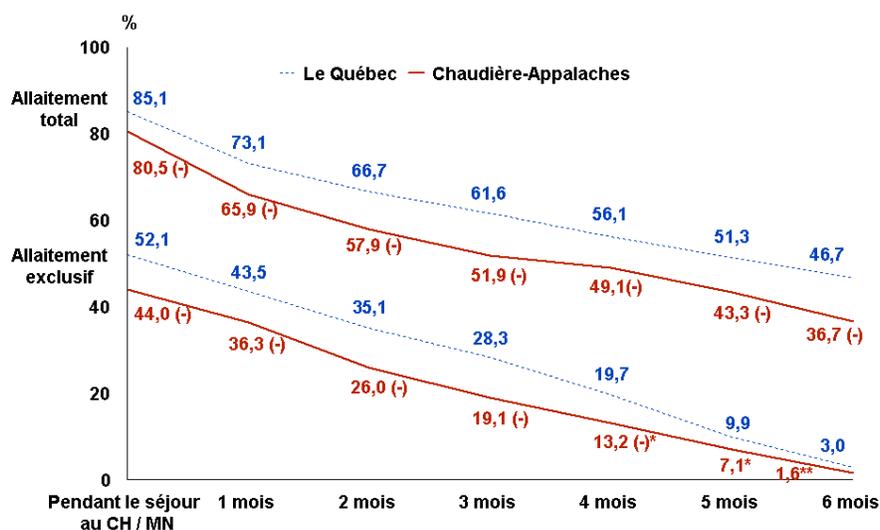
La prévention des cancers chez les enfants allaités?

De nombreuses études démontrent un lien entre certains types de cancer chez les enfants et la durée de l'allaitement maternel. Un allaitement d'une durée de plus de six mois diminuerait les risques de leucémie lymphoblastique aiguë de 25 %[106], de leucémie myéloïde de 15 %[106], de neuroblastome de 40 %[107].

Les données sur l'allaitement

Les statistiques sont éloquentes : peu de femmes en Chaudière-Appalaches allaitent selon les recommandations de Santé Canada (voir fin de la section). L'écart entre la région et l'ensemble du Québec montre l'ampleur des travaux à effectuer dans la région. De plus, dans la région, plus de 40 % des femmes ont cessé toute forme d'allaitement lorsque le bébé a atteint l'âge de deux mois. Ce temps d'allaitement ne permet pas l'effet protecteur[7].

Taux d'allaitement¹ total² et exclusif³, 2005-2006



CH / MN : centre hospitalier ou maison de naissance

1. Taux d'allaitement standardisé selon l'âge et la scolarité de la mère à la naissance de l'enfant.
2. L'allaitement total signifie que le nourrisson boit du lait maternel, mais également d'autres boissons ou aliments (préparations commerciales pour nourrisson, eau, jus, aliments, médicaments).
3. L'allaitement exclusif signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris l'eau, au nourrisson (excepté des médicaments, des vitamines et des sels minéraux).

* 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 est présentée à titre indicatif.

(-) Test statistique montrant une valeur significativement plus faible au seuil de 0,05 qu'avec ailleurs au Québec.

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

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

En pratique...

Devant l'ampleur des données probantes, de nombreux organismes ont émis des recommandations mondiales en matière de nutrition infantile[108] et des stratégies, en accord avec ces recommandations, ont été mises en place pour permettre aux mères de nourrir leurs bébés selon les recommandations.

Saviez-vous que... Santé Canada recommande :

- l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie chez les nourrissons nés à terme et en santé étant donné que le lait maternel est le meilleur aliment permettant d'assurer une croissance optimale?
- à partir de l'âge de six mois, de donner au nourrisson des aliments solides ayant une teneur élevée en nutriments, plus particulièrement en fer, tout en poursuivant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et même au-delà?

Des mesures doivent être mises en place afin de mieux soutenir les femmes qui allaitent. Les difficultés rencontrées au cours des premières semaines de vie de l'enfant sont généralement évoquées pour justifier un arrêt précoce de l'allaitement ou l'introduction de préparations commerciales pour nourrissons dans la diète de l'enfant. Les données scientifiques sont claires et justifient de mettre en place toutes les conditions afin de permettre aux enfants et à leur mère de bénéficier d'un allaitement optimal.

Une des mesures préconisée consiste à soutenir l'implantation de l'Initiative des Amis des Bébé dans les établissements. Cette mesure, développée par l'OMS et l'Unicef vise à soutenir le développement optimal des enfants, notamment la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel en mettant en place les conditions idéales au démarrage et au maintien de l'allaitement maternel en conformité avec les recommandations mondiales. Cette mesure repose sur des données probantes rigoureuses[109]. Elle a été démontrée efficace afin d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif et la durée de l'allaitement total, et ce, même en pays industrialisés.

En Chaudière-Appalaches, seule la Maison de naissance Mimosa a obtenu son accréditation en 2004. Il est donc essentiel que des mesures soient mises en place pour que les établissements de santé de Chaudière-Appalaches se mobilisent afin de créer les conditions gagnantes à l'obtention de l'accréditation Initiative des Amis des Bébé.

Des bons coups... Des groupes d'entraide en allaitement, tels le Re-Lait, Allaitement Québec et Coup de pouce Nourrice, ainsi que des marraines d'allaitement impliquées dans des organismes communautaires, offrent un soutien aux nouvelles mères dans leur expérience d'allaitement.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention ² : l'allaitement
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Soutenir les directions des établissements dans leur prise de position en faveur de l'allaitement maternel et débiter un processus concret en vue d'obtenir la certification Initiative des Amis des Bébé.
	Développer une stratégie de mise en œuvre de l'Initiative des Amis des Bébé, avec le soutien de l'Agence par la mise en place de comités de travail multidisciplinaire.
	Promouvoir Bébé allaités, bienvenus dans nos bureaux.
Renforcer l'action communautaire	Soutenir les organismes communautaires impliqués en allaitement maternel.
Acquérir des aptitudes individuelles	
Réorienter les services de santé	Former tous les intervenants concernés sur la recommandation du FMRC liée à l'allaitement.
	Former tous les intervenants appelés à soutenir les mères dans leur expérience d'allaitement afin qu'ils puissent le faire adéquatement.
	Mettre en place le plan de formation du MSSS dans la région, adapté aux besoins des infirmières, des médecins, des intervenants du milieu communautaire, ainsi qu'aux autres professionnels impliqués auprès des jeunes familles.
	Effectuer le suivi des compétences dans le soutien en allaitement d'une manière aussi rigoureuse que le suivi des compétences dans d'autres domaines d'activités.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.2 LES PARTICULARITÉS CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES

Actuellement, le risque de décéder d'un cancer est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (voir Recueil statistique, section 3.1.3). Des différences sont également notées dans leurs habitudes de vie et dans l'utilisation des soins et des services de santé.

Mieux connaître ces différences permettra de faire des programmes adaptés aux deux genres, masculin et féminin.

Ce que les enquêtes révèlent

Selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008[30], les hommes et les femmes ont une perception semblable de leur état de santé. Dix ans auparavant, les hommes se percevaient généralement en meilleure santé que les femmes[110].

Les différences dans les habitudes de vie entre les sexes apportent un éclairage intéressant. Sur le plan de l'alimentation, les hommes consomment moins de fruits et de légumes que les femmes et quasiment la même quantité de fibres, insuffisante, la recommandation étant de 30 à 38 grammes par jour pour les hommes et de 21 à 25 grammes par jour pour les femmes[111]. Ils consomment plus de gras saturés et de cholestérol et ils ont un taux d'obésité plus élevé. Nettement plus d'hommes que de femmes ont une consommation élevée d'alcool¹⁸. En ce qui concerne l'usage du tabac, les hommes ne forment plus la majorité des fumeurs : ils ont été légèrement dépassés par les femmes selon les données de 2007-2008[30]. Cependant, ils inhalent plus profondément la fumée de cigarette et choisissent des marques plus fortes en nicotine ou sans filtre[110]. Les sports semblent occuper une place prépondérante chez les hommes. Ainsi, ils sont plus actifs que les femmes et ils sont plus nombreux à atteindre la recommandation (niveau d'activité physique de loisir actif).

Les hommes ont tendance à dissimuler ou ignorer leurs symptômes même si le problème est très grave. Ils consultent un peu moins souvent un professionnel de la santé (médecin ou autre professionnel)[112]. De nombreuses raisons sont avancées et elles font référence au concept de masculinité et à l'organisation des services de santé qui sont plutôt adaptés aux femmes qui les utilisent [112].

¹⁸ Avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins 12 fois au cours des 12 derniers mois.

Comparaison entre les hommes et les femmes selon certains indicateurs, Chaudière-Appalaches

Indicateurs	Hommes	Femmes
Mortalité par cancer ¹	261,2/100 000 (+)	166,1/100 000
Perception de l'état de santé (Passable ou mauvaise) ²	8%	9%
Surplus de poids (IMC > 25) ²	57% (+)	43%
Consommation élevée de 5 verres d'alcool et plus en une même occasion > 12 fois par an ²	25% (+)	11%
Fumeurs réguliers ou occasionnels ²	21%	22%
Fumeurs réguliers ²	17%	15%
Niveau d'activité physique actif ²	32%	27%
Alimentation		
Consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes ²	54% (+)	39%
Apports en fibres* ³	18 g.	16. g
Apports en cholestérol > 300 mg* ³	55% (+)	27%
Consultation d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien au cours de la dernière année ²	66%	80% (+)

(+) Test statistique montrant une valeur statistiquement plus élevée au seuil de 0,05 que celle du sexe opposé

* Données pour le Québec seulement

Sources :

1 - MSSS, Fichier des décès 2004-2006 et MSSS, Projections de population, produites en janvier 2005.

2 - Statistique Canada, ESCC, FMGD cycle 4.1, 2007-2008.

3 - Statistique Canada, ESCC – Nutrition, FMGD cycle 2.2, 2004 (données pour le Québec)[48].

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les données montrent que les hommes ont adopté certains comportements qui nuisent à leur santé et à leur bien-être et qu'ils utilisent moins les services de santé que les femmes.

En pratique, pour les hommes...

En juillet 2009, le MSSS a priorisé trois actions afin d'améliorer la santé et le bien-être des hommes. Ces mesures font suite aux conclusions du rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes[113].

La première mesure touche les saines habitudes de vie. Elle consiste à adapter les messages et les activités de promotion de la santé à la réalité masculine. La seconde mesure touche l'adaptation des services destinés aux hommes. Le financement de cette mesure vise à « mieux connaître les besoins des hommes et à y répondre[114] » en soutenant les organismes et les initiatives régionales. Enfin, la troisième mesure permettra de financer l'évaluation d'un service d'hébergement préventif pour les pères en difficulté et leurs enfants.

Pour la région, le MSSS a mandaté l'Agence pour réaliser un *Portrait régional en santé et bien-être des hommes* au cours de l'année 2010-2011. Ce travail vise à améliorer les connaissances sur la réalité masculine et à dresser un inventaire des ressources. Au cours de la même année, une consultation sera tenue afin d'élaborer des mécanismes de concertation entre les différents partenaires régionaux.

Les défis sont nombreux pour adapter les communications aux hommes et aux femmes. Il demeure impératif d'intervenir autrement pour joindre les hommes en promotion des saines habitudes de vie et en organisation des services de santé et des services sociaux. Il reste fort à faire aussi pour améliorer la concertation entre les ressources d'aide pour les hommes et le réseau de la santé. Le portrait régional permettra d'identifier les principaux besoins des hommes et de proposer des recommandations.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention ² : les particularités chez les hommes et les femmes
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Collaborer avec les milieux de travail pour la promotion des saines habitudes de vie.
Renforcer l'action communautaire	Collaborer avec les organismes communautaires et les ressources d'aide pour les femmes et pour les hommes afin de promouvoir des saines habitudes de vie.
Acquérir des aptitudes individuelles	
Réorienter les services de santé	<p>Développer une approche préventive adaptée aux hommes et aux femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adapter la prestation des services aux besoins des deux populations; • s'assurer de pouvoir offrir des services qui incluent des informations sur les aspects de prévention et dépistage des cancers. <p>Développer une formation à l'intention des intervenants de première ligne afin qu'ils soient mieux formés à intervenir avec les femmes et les hommes.</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

3.3 SOUTENIR LES ACTIONS PRÉVENTIVES

3.3.1 CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

L'environnement physique, social, économique et culturel influence le risque de développer plusieurs cancers.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sécuritaires, stimulantes, plaisantes et agréables[12]. Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé est indispensable, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation qui évoluent rapidement. De plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé, au moins sans y nuire, en minimisant les effets négatifs inacceptables sur les autres dimensions. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé[12].

3.3.1.1 La création d'environnements favorables

« La famille, la garderie, l'école, le milieu de travail, la communauté : voilà autant d'environnements sociaux qui, en raison des normes et des valeurs qui y sont véhiculées, influent sur les comportements liés à la santé et les habitudes de vie[1] ».

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, la création des environnements favorables priorisent les modifications des milieux de vie suivants : le milieu scolaire, les municipalités et le milieu de travail, tant sur les plans physique, sociopolitique et économique, pour les rendre favorables à l'adoption et au maintien des saines habitudes de vie (installation de supports à vélo sécuritaires au travail, offre alimentaire de qualité à l'aréna, etc.).

Deux coups de maître intersectoriels : le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et l'approche École en santé

Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir[6] propose une vision transversale de la santé par l'implication des ministères qui influence la création d'environnements sains.

En milieu scolaire, l'approche École en santé (voir glossaire) propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion de la santé et en prévention à partir de l'école, pour favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative de tous les enfants. Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers acteurs et partenaires de l'école préoccupés par la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes et qui travaillent en concertation[4].

Unir les efforts pour améliorer les environnements

La création d'environnements favorables à la santé et à la prévention des cancers est déjà amorcée dans la région.

Les communautés, avec l'appui de **la DPSE et du réseau de la santé** de Chaudière-Appalaches s'investissent dans la création d'environnements favorables tout particulièrement par deux moyens en collaboration avec les partenaires de la région :

- Le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (voir glossaire), implanté dans la région, contribue à la promotion des saines habitudes de vie. Il comprend un volet environnemental. Les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS en sont les promoteurs.
- La Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches, entité issue du *Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*[6]. (voir glossaire)

De plus, l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de la Chaudière-Appalaches est impliquée dans la promotion des saines habitudes de vie. Cet organisme à but non lucratif regroupe l'ensemble des établissements d'enseignement des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches. Il vise à développer, promouvoir et soutenir les programmes d'activités physiques et sportives dans les établissements d'enseignement en valorisant le sport comme moyen privilégié pour l'éducation et la santé[115].

En **milieu de travail**, les programmes de santé spécifiques aux établissements, implantés par les services locaux de santé publique en santé au travail, portent une attention aux agents cancérigènes présents ou émis en milieu de travail en vue de les éliminer en leur substituant des produits plus sécuritaires, sinon à les contrôler et en protégeant adéquatement les travailleurs. Les établissements ciblés sont ceux définis prioritaires par la CSST. En plus des actions reliées aux risques liés au travail, les services de santé agissent parfois sur les habitudes de vie : à titre d'exemple, un milieu de travail, aux prises avec des agents potentiellement cancérigènes ou inflammables, est soutenu dans l'implantation d'une politique anti-tabac pour réduire le risque multiplié d'exposition chez les fumeurs ou les risques d'incendie.

Un exemple... Une norme québécoise, relativement récente, « *Entreprise en santé* » (BNQ 9700-800/2008) devrait inciter les entreprises à s'intéresser aux habitudes de vie, à l'équilibre travail et vie personnelle, à l'environnement de travail et aux pratiques de gestion. Cette norme, de type volontaire, vise à ce que chaque milieu de travail dispose de sa propre politique de santé[116]. Dans la région, le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches a obtenu la certification « *Entreprise en santé-Élite* » en juin 2010. En plus de la gestion obligatoire des risques liés au travail qu'elle devrait inciter à faire, cette norme peut contribuer à créer des environnements favorisant l'adoption et le maintien des saines habitudes de vie en dehors du travail.

Les **municipalités** ont le pouvoir d'adopter des politiques permettant l'intégration des notions de santé dans les projets municipaux existants. Par exemple, relevons les politiques familiales et les préoccupations pour des environnements sains. Les environnements sains peuvent inclure notamment des infrastructures sécuritaires favorisant le transport actif, la pratique de la marche et d'autres activités physiques, et le zonage municipal autour des établissements scolaires.

Le Réseau québécois de villes et villages en santé est un des moyens à la disposition des municipalités. Ce réseau vise notamment à inciter les municipalités à travailler avec leurs partenaires de la santé et ceux des autres secteurs concernés à la réalisation de projets concrets, favorables à la santé et à la qualité de vie des citoyens. Le réseau encourage la participation active des citoyens et des groupes communautaires[117]. Dans la région, huit municipalités participent à ce réseau : Saint-Georges, Saint-Just-de-Bretonnières, Saint-Magloire, Saint-Séverin, Sainte-Marie, Saint-Fabien-de-Panet, Lotbinière, Montmagny[118]. (voir L'exposition dans l'environnement, section 4.1)

La création de milieux favorables à la santé dans les municipalités touche les communautés; relevons qu'elles permettent notamment de joindre les familles et les jeunes enfants.

Le **partenariat public-privé** est également impliqué. Par exemple, le MSSS a établi un partenariat avec la Fondation Lucie et André Chagnon dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*[6]. L'adoption du projet de Loi n°1, en juin 2007, a permis la création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. À la suite d'une entente conclue entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon, des projets destinés aux jeunes Québécois de 17 ans ou moins et leur famille sont soutenus de façon paritaire[119].

Parmi les projets, relevons Québec en Forme. Cette organisation se donne pour mission de contribuer à favoriser, par le soutien de Projets de mobilisation de communautés locales, l'adoption et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes Québécois, de la naissance à 17 ans inclusivement[120].

Les collaborations avec les **partenaires intersectoriels** (voir glossaire) sont amorcées. Elles devraient être intensifiées au cours des prochaines années.

Les stratégies de **développement des communautés** et de mobilisation sociale sont des moyens permettant de joindre les communautés dans leurs milieux et de travailler avec elles sur leurs préoccupations. Les équipes des CSSS peuvent les soutenir dans les démarches d'adoption des saines habitudes de vie, dans le cadre de leurs pouvoirs de promotion de la santé conférés par la Loi sur la santé publique[121]. Ces stratégies qui touchent les communautés représentent une avenue pour joindre les familles et les jeunes enfants.

Des exemples... de collaboration dans la région :

- Pour les tout-petits : le volet de la création d'environnements favorables des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offerts en CSSS aux familles vulnérables.
- Le projet «Fais-moi la cour!» de l'école Saint-Thomas à Montmagny. Le Salon Mariverain de Sainte-Marie et la promotion des saines habitudes de vie;
- L'Aréna du Lac Etchemin et l'offre alimentaire santé.
- Les groupes Hans Kai, les services d'entraide, les banques alimentaires, les maisons de la famille, les maisons de jeunes et plusieurs organismes communautaires.

3.3.1.2 *Les conditions socioéconomiques*

La défavorisation matérielle et sociale : un facteur de risque majeur

Lorsqu'on parle de défavorisation matérielle et sociale, on se réfère à des groupes de population moins bien nantis tant sur le plan matériel (revenu, diplômes d'études secondaires, emploi) que sur le plan social (personnes séparées, veuves, divorcées, vivant seules, familles monoparentales).

Cette situation, selon de nombreuses études, mène à des inégalités sociales entraînant du stress, des habitudes de vie néfastes à la santé, des problèmes de santé physique et mentale, l'exclusion, un taux plus élevé d'incapacité et la réduction de l'espérance de vie et trop souvent aussi à un risque plus élevé d'être exposé à des environnements défavorables. La persistance et le cumul de ces inégalités affectent la qualité de vie des individus et des familles et contribuent à prédisposer au cancer ou à des conséquences plus graves chez ceux qui en souffrent (détection tardive, complications, accès aux soins, perte de revenu, survie moindre). Le cumul de facteurs de risque est tout particulièrement identifié pour les jeunes dans le rapport du Directeur national de santé publique : *La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Riche de tous nos enfants*[122].

Saviez-vous que... le cumul de la défavorisation matérielle et sociale multiplie les risques de développer des problèmes de santé, incluant certains cancers, et de réduire les chances de survie chez ceux qui sont atteints?

Les conditions de vie matérielles et sociales influent sur l'incidence de problèmes de santé. Les communautés défavorisées consultent moins souvent les services de santé et appliquent moins ou ont moins accès aux facteurs de protection susceptibles de les garder en meilleure santé que les communautés favorisées[123]. Cet état de fait exige de la part des CSSS et de leurs intervenants une utilisation renforcée de stratégies de promotion et de prévention en plus d'un soutien à l'action sociale et communautaire pour agir avec les communautés et les autres secteurs pour améliorer le contexte de vie et rendre les milieux plus favorables à la santé. Des études européennes et américaines attestent que la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer frappe plus durement les catégories socioéconomiques défavorisées ou les territoires moins bien nantis[123].

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, la relation entre la défavorisation matérielle et sociale et l'incidence du cancer ou la mortalité par cancer (voir Recueil statistique, section 1.2) ne peut être établie compte tenu des trop petites populations à comparer. Toutefois, les travaux effectués pour l'ensemble du Québec mènent à des conclusions probablement semblables à celles que l'on pourrait obtenir dans la région. Ainsi, des travaux sur les inégalités sociales et la mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, pour la période 1994-1998, confirment l'effet multiplicateur que joue le cumul de défavorisation matérielle et sociale sur la mortalité par cancer, tout particulièrement pour les cancers touchant les poumons et le système digestif [123].

D'une manière plus spécifique :

- les femmes des milieux les plus défavorisés ont 2,61 fois plus de risque de mourir par cancer du poumon, 2,09 par cancer du col de l'utérus et 1,34 fois pour l'ensemble des cancers comparativement aux femmes des milieux les plus favorisés;
- les hommes des milieux les plus défavorisés ont 2,69 fois plus de risque de mourir par cancer du poumon, 1,85 pour l'ensemble des cancers, et 1,37 par cancer colorectal comparativement aux hommes des milieux les plus favorisés.

Le développement des enfants et le cumul de facteurs de risque

Les conditions dans lesquelles se développent les enfants influencent leur état de santé à l'âge adulte. En effet, les études montrent une forte relation entre le nombre d'expériences négatives au cours de l'enfance (incluant l'abus physique et sexuel au cours de l'enfance) et des problèmes au cours de la vie tels le tabagisme, l'inactivité physique, l'alcoolisme, l'abus de drogues, la dépression, les tentatives de suicide et la promiscuité sexuelle ainsi que l'augmentation du risque d'obésité et de maladies transmises sexuellement. Il existerait un lien entre la fréquence d'expériences négatives au cours de l'enfance et le risque de développer plusieurs maladies à l'âge adulte, incluant le cancer[124, 125].

Les mauvais traitements et les autres expériences négatives de l'enfance pourraient donc être parmi les facteurs de base influençant la santé, les risques de maladie et de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2). Ces expériences négatives pourraient être identifiées lors de l'examen de routine de tous les enfants[124].

Pour les parents, des données probantes indiquent que les visites à domicile sont plus efficaces pour renforcer des compétences parentales (attitudes et comportements parentaux) que pour réduire la violence et la négligence envers les enfants[126]. Malgré les résultats prometteurs d'un nombre restreint d'études sur les visites à domicile, il est clair que les visites à domicile ne peuvent à elles seules suffire à répondre à tous les besoins des familles à risque qui ont de jeunes enfants. Ces services ont de meilleures chances de réussir lorsqu'ils s'accompagnent d'un éventail de services communautaires de prévention et d'intervention tels que l'accès à des services de garde de qualité[127].

Des études seraient nécessaires afin de vérifier l'efficacité des différentes interventions auprès des familles à risque sur la réduction des problèmes de santé à l'âge adulte.

En pratique... Plusieurs programmes et services sont disponibles dans la région. Relevons notamment les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), le programme de développement des compétences parentales Y'a personne de parfait (Y'APP), le programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et les familles sans fumée. Ces programmes ne font pas nécessairement le lien entre eux ni entre les enjeux sociaux et de santé qui forgent le contexte de développement des enfants et adultes de demain. Un renforcement des liens entre ceux-ci permettrait un réseau de services intégrés plus efficace.

L'enjeu est de saisir des opportunités, de construire sur les nombreux programmes, les activités, les services, les organismes et les ressources existants : de favoriser des mécanismes qui aident à joindre leurs forces, d'impliquer les communautés, de développer leurs capacités et habiliter les intervenants à les soutenir. Enfin, il faudrait favoriser l'entraide intergénérationnelle.

3.3.1.3 *L'environnement physique*

La qualité de l'environnement physique (qualité de l'eau potable, de l'air et des sols, qualité et sécurité des produits de consommation) et de l'environnement de travail exerce un effet sur la santé des populations. On connaît, par exemple, les liens entre l'exposition aux rayons ultraviolets et le cancer de la peau[1], l'exposition à l'amiante chrysotile en milieu de travail et le cancer du poumon et le mésothéliome.

L'environnement physique comprend à la fois l'environnement naturel et les infrastructures reliées au cadre bâti, c'est-à-dire l'environnement bâti[128]. Plus précisément, l'environnement bâti comprend les maisons, les écoles, les lieux de travail, les parcs, les aires de loisir, les centres d'affaires et les routes. Il inclut également les lignes de transmission électrique, les sites d'enfouissement des déchets, les autobus et les autoroutes. L'environnement bâti concerne tous les bâtiments, espaces et produits qui sont créés ou modifiés par l'être humain. L'environnement bâti influence tant l'environnement physique intérieur et extérieur (par exemple changements climatiques et qualité de l'air intérieur ou extérieur) que l'environnement social (par exemple participation publique, capacités des communautés et investissements), et éventuellement, la santé et la qualité de vie[129].

La contribution à la gestion des risques par les intervenants de santé publique face aux agents cancérigènes dans l'environnement et en milieu de travail doit prôner la réduction et l'élimination des risques chaque fois qu'il est possible de le faire et l'adoption d'une attitude vigilante afin d'agir de manière à éviter tout risque inutile[130].

Ces sujets sont traités aux sections L'exposition dans l'environnement (voir section 4.1) et L'exposition au travail (voir section 4.2).

3.3.2 ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

Comme plusieurs études ont démontré que les professionnels de la santé ont une influence déterminante sur les comportements à l'égard de la prévention et du dépistage (voir glossaire) du cancer, les interventions éducatives visant à joindre la population par leur intermédiaire apparaissent particulièrement prometteuses[9].

Plusieurs avenues doivent être explorées afin de promouvoir les saines habitudes de vie. En Chaudière-Appalaches, les médecins omnipraticiens sont consultés au moins une fois au cours de l'année par 73 % de la population de 12 ans ou plus de la région (femmes : 80 %, hommes : 66 %). Pourtant, il semble difficile d'obtenir un rendez-vous auprès d'eux.

Proportion et estimé de la population de 12 ans ou plus ayant consulté divers professionnels de la santé, Chaudière-Appalaches

Professionnels de la santé	%	Population estimée
Omnipraticien	73	250 000
Dentiste	58	201 100
Spécialiste de la vue	38	131 600
Autre médecin ou spécialiste	29	98 100
Infirmière	18	60 800
Chiropraticien	11	38 200
Physiothérapeute	8	27 400
Psychologue	*	14 500
Travailleur social	*	8 300
Ortho/audio/ergo	*	7 200

Note : Chaque personne peut avoir consulté plus d'un professionnel

Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4.1 FMGD, 2007-2008.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

En pratique... Plusieurs professionnels de la santé sont également consultés par les résidents de la région et représentent des agents multiplicateurs de la promotion des saines habitudes de vie.

Les CSSS de la région, notamment par leurs agents de promotion des saines habitudes de vie, jouent un rôle majeur pour la modification des habitudes de vie. Ces agents sont des infirmières, nutritionnistes, kinésologues ou éducateurs physiques.

En GMF, l'implication des médecins et des infirmières contribuent à la promotion des saines habitudes de vie : leur soutien demeure une voie d'intervention incontournable.

D'autres professionnels de la santé pourraient être impliqués tels que les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

L'implication de tous les professionnels de la santé dans la promotion des saines habitudes de vie constitue une avenue à développer au cours des prochaines années. Toutefois, le professionnel doit avoir des connaissances pour accompagner la personne dans une démarche de changement.

Le counselling en habitudes de vie « ça change tout »

Chez les adultes, le counselling en habitudes de vie est utilisé pour le **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** (voir glossaire) en Chaudière-Appalaches. Le counselling vise à soutenir la personne dans l'adoption des saines habitudes de vie recommandée par leur médecin : ne pas fumer, être actif au moins 30 minutes par jour (ou 10 000 pas), consommer au moins 5 fruits et légumes par jour et assurer une gestion satisfaisante de leur niveau de stress. Ces stratégies individuelles sont importantes et complémentaires aux autres stratégies telles que le développement d'environnements sains. (voir Créer des milieux favorables, section 3.3.1)

Le counselling en habitudes de vie s'oriente, à partir de la littérature scientifique récente, vers un mode de counselling peu directif, apte à guider et faciliter le changement. Le domaine des changements de comportements, de la prise en charge de l'individu par lui-même, est différent du domaine curatif.

Lorsqu'il est question de comportements, les patients sont généralement prêts à améliorer leur santé mais peu aiment qu'on leur dise quoi faire. Conseiller les patients en leur disant ce que les professionnels ou la science croient bon pour eux est insuffisant et n'est pas efficace. De plus, une grande insistance sur la nécessité de changement peut favoriser exactement le contraire : l'absence de changement.

Le réflexe correcteur

Qu'est-ce que le réflexe correcteur? C'est le désir de corriger les situations que l'on perçoit problématiques. C'est penser savoir ce qui est bon pour le patient. Avec le temps, ce désir devient une seconde nature, un réflexe quasi automatique. Le réflexe correcteur, lorsqu'il reconnaît l'ambivalence, peut être la cause de « collisions » d'idées et entraîner des dommages.

Dans le domaine des habitudes de vie, des comportements, l'ambivalence fait partie du changement, elle doit être acceptée, appréciée et non confrontée. Le réflexe correcteur doit être perçu et désengagé. La relation n'est plus celle d'un expert s'adressant à son patient, elle devient une collaboration, un partenariat, une rencontre de deux experts où le patient détient toute l'expertise de sa propre réalité. On rejoint ainsi la méthode de entretien motivationnel de Miller et Rollnick[131].

Une réflexion... Le transfert de connaissances, à lui seul, amène peu ou pas de changement au niveau de la prévention, surtout lorsque le patient connaît les risques. Une prévention active exige qu'elle soit organisée, structurée et tienne compte du contexte de vie de la personne.

L'entretien motivationnel

Miller et Rollnick ont développé au début des années 80 « l'entretien motivationnel » auprès de patients toxicomanes[131]. Il s'agit d'un mode de communication et d'une façon d'être avec les patients qui confrontait l'approche thérapeutique traditionnelle de l'époque. « Ils le définissent comme une méthode de communication, centrée sur le patient, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Il s'agit d'un style d'intervention, d'une modalité particulière d'interaction avec le patient, orienté vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la

diminution du comportement à risque. Il est résolument centré sur le patient et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante favorisant le changement de comportement et de style de vie du patient[132] ».

L'entretien motivationnel est davantage un esprit qu'un ensemble de techniques. La collaboration, l'évocation et l'autonomie constituent cet esprit. Il n'impose ni ne prescrit le changement, il l'évoque et lui offre un environnement facilitant.

Des bons coups! L'entretien motivationnel a donné des preuves d'efficacité. Une métaanalyse regroupant 72 études sur le sujet a validé son effet positif en termes de gain en motivation perçue, d'adhésion et de maintien comportemental[133].

L'entretien motivationnel soutenu par un outil clinique : Mon plan d'action

L'outil d'intervention développé par la DSPE de Chaudière-Appalaches, *Mon plan d'action*, offre un menu avec des choix de comportements à améliorer : tabagisme, sédentarité, alimentation, gestion du stress. Les principales étapes sont les suivantes :

- l'intervenant demande la permission de présenter l'outil *Mon plan d'action* dans le contexte du rôle majeur des habitudes de vie;
- avec son accord, le patient est invité à choisir un seul comportement;
- par la suite, il précise exactement ce qu'il veut faire pour améliorer le comportement choisi;
- finalement, il indique sur une échelle de 0 à 10 la confiance qu'il a dans la réussite de son projet;
- quand le niveau de confiance est faible, l'intervenant peut explorer certains ajustements.

Mon plan d'action est une adaptation d'un outil américain semblable dont la faisabilité et la satisfaction ont été évaluées dans une étude clinique parue en 2006[134]. Cette approche permet à des patients au stade de pré-réflexion (selon Prochaska), et reconnus réfractaires au changement, de compléter *Mon plan d'action* et de le réussir. Cette intervention collaborative avec l'outil a répondu positivement aux critères de faisabilité et de satisfaction des professionnels et patients en soins de première ligne. Elle a de plus facilité la prévention en milieu clinique. Dans cette étude américaine, les professionnels ont affirmé que cette approche avait changé positivement leur perception et leur attitude concernant la prévention et la promotion de la santé.

Mon plan d'action doit être utilisé avec les techniques de base de l'entretien motivationnel. Pour en faciliter la diffusion, la DSPE a produit une version de *Mon plan d'action* incluant un mode d'emploi, un module de formation de 60 minutes avec un exercice d'initiation.

Dans le quotidien de la pratique clinique, l'utilité et la validité d'une approche systématique sont documentées et mises en valeur dans deux documents produits par le MSSS[135, 136].

En pratique... plusieurs outils sont présentés à l'annexe 2 :

- une vue d'ensemble de la méthode de l'entretien motivationnel;
- les techniques d'intervention;
- l'outil *Mon plan d'action* pour la modification des habitudes de vie;
- la prise en charge systématique des habitudes de vie.

Un projet d'intervention en habitudes de vie en GMF (2006-2008)

Un projet a été réalisé avec les GMF de Chaudière-Appalaches. En 2006, les 13 GMF ont été approchés pour intégrer une pratique clinique préventive avec le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (voir glossaire). Le projet vise à amener leurs patients à travailler sur des habitudes de vie et à modifier certains comportements. Une formation était offerte aux professionnels (médecins et infirmières des GMF) sur l'entretien motivationnel et sur l'outil *Mon plan d'action*.

Entre 2006 et 2008, la mise en œuvre de l'intervention a été réalisée par deux professionnels de la DSPE soutenus par l'équipe Habitudes de vie et maladies chroniques : la déléguée médicale avec un rôle de liaison et de facilitation et un médecin responsable de la formation et de la supervision des professionnels.

En 2008, le bilan de la mise en œuvre a montré que l'intervention régionale de facilitation avec l'outil *Mon plan d'action* et l'entretien motivationnel est une valeur sûre et prometteuse en promotion de la santé et en prévention[137] :

- facilite l'intervention en habitudes de vie;
- est appréciée et motivante pour les intervenants;
- contribue à l'apprentissage et au développement individuel de l'entretien motivationnel (savoir-être et savoir-faire);
- suscite le désir de progression dans cette voie;
- fait ressortir les besoins suivants :
 - création d'un réseau d'échange (pairs);
 - adaptation à diverses situations;
 - diffusion interdisciplinaire;
 - maintien du rôle de facilitation du professionnel de la DSPE;
 - soutien organisationnel.

Cette approche mérite d'être soutenue et déployée pour tous les GMF qui le désirent, en collaboration avec les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS.

D'autres professionnels, tels que les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, pourraient aussi contribuer à l'implantation de pratiques préventives dans ces milieux.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : soutenir les actions préventives pour la population générale
Élaborer des politiques publiques saines	Contribuer à la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir.</i>
Créer des milieux favorables	L'exemplarité de toutes les organisations, incluant l'Agence, devrait amorcer des changements par la mise en œuvre des politiques et de milieux favorables aux saines habitudes de vie notamment en regard du tabagisme, de la saine alimentation et de la pratique d'activités physiques.
	Consolider les collaborations avec les partenaires afin de favoriser la création d'environnements favorables, tout particulièrement en périnatalité, chez les petits de moins de cinq ans et auprès des jeunes.
	Renforcer les mécanismes d'appui à la préparation et mise en œuvre de projets permettant de donner suite aux décisions de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches, responsable de la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir</i>
	Consolider les collaborations avec les partenaires intersectoriels.
Renforcer l'action communautaire	Afin de mieux soutenir les organismes communautaires : <ul style="list-style-type: none"> • consolider les interrelations avec les CSSS; • développer des formations sur les saines habitudes de vie appropriées à leurs besoins; • augmenter leur financement.
Acquérir des aptitudes individuelles	Promouvoir des approches efficaces en changement de comportement auprès des intervenants qui rencontrent la population générale et les personnes atteintes de cancer (par exemple l'entretien motivationnel).
	Intensifier la promotion des saines habitudes de vie auprès des tout-petits, des jeunes et de leurs familles.
Réorienter les services de santé	Créer et organiser un réseau d'échange et de partage sur la méthode et l'intervention en habitudes de vie et implanter une facilitation organisationnelle par les CSSS avec le soutien des professionnels de la DSPE.
	Consolider les équipes interdisciplinaires en CSSS impliquées en promotion des saines habitudes de vie : agents de promotion des saines habitudes de vie, infirmières, nutritionnistes, kinésiothérapeutes ou éducateurs physiques et médecins.
	Développer des collaborations avec d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.
	Impliquer l'ensemble des professionnels de la santé en promotion des saines habitudes de vie.
	Faire des représentations pour intégrer dans les cursus de formation de tous les professionnels de la santé les approches efficaces en prévention.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

LES PRIORITÉS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DES ACTIONS PRÉVENTIVES

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : les déterminants de la santé et les actions préventives pour la population générale
Élaborer des politiques publiques saines	<p>Contribuer à l'application des différentes politiques gouvernementales pour la promotion des saines habitudes de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir;</i> • <i>Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif;</i> • <i>Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées;</i> • Loi sur le tabac.
Créer des milieux favorables	Mettre en œuvre des politiques favorables aux saines habitudes de vie (pas de tabac, alimentation saine et pratique d'activités physiques) au sein des établissements, des milieux scolaires, des organisations, des municipalités et des milieux de travail.
	Contribuer à la mise en œuvre des actions de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches.
	Intensifier les actions sur les environnements favorables du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
	Développer des approches et des collaborations afin d'adapter les environnements pour les groupes vulnérables, tout particulièrement en périnatalité et auprès des jeunes.
	Soutenir les directions des établissements dans leur prise de position en faveur de l'allaitement maternel et débiter un processus concret en vue d'obtenir la certification Initiative des Amis des Bébé.
	Consolider les collaborations avec les partenaires intersectoriels.
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre les CSSS et les organismes communautaires.
	Intensifier les actions pour mieux joindre les groupes vulnérables.

Acquérir des aptitudes individuelles	Intensifier la promotion des saines habitudes de vie auprès des tout-petits, des jeunes et de leurs familles.
	Consolider le volet individuel du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et l'entretien motivationnel.
	Privilégier pour les jeunes des activités de prévention visant le renforcement de leur potentiel par le développement des compétences personnelles et sociales et des facteurs de protection.
	Étendre les approches existantes en cessation tabagique à de nouveaux groupes.
	Développer des approches novatrices inspirées des interventions auprès des personnes dépendantes.
	Implanter dans l'ensemble de la région les programmes de prévention de l'obésité <i>Bien dans sa tête, bien dans sa peau</i> et <i>Choisir de maigrir</i> .
Réorienter les services de santé	Consolider les équipes interdisciplinaires en CSSS impliquées en promotion des saines habitudes de vie : agents de promotion des saines habitudes de vie, infirmières, nutritionnistes, kinésologues ou éducateurs physiques, médecins.
	Intégrer la promotion des saines habitudes de vie dans la pratique quotidienne de l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux.
	Former les professionnels de la santé et des services sociaux sur le counselling bref en cessation tabagique, en saine alimentation, en activité physique, en gestion du stress.
	Former les professionnels de la santé et des services sociaux sur les mesures efficaces en prévention des cancers.
	Créer des corridors de services entre la DSPE, les CSSS et les milieux cliniques.
	Développer des approches préventives novatrices adaptées aux groupes vulnérables.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].
2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

4. PROTÉGER LA SANTÉ

Protéger la santé en réduisant au minimum l'exposition aux agents cancérogènes dans l'environnement physique des individus et des collectivités représente un des moyens d'agir sur la prévention des cancers. La gestion des risques par la santé publique doit prôner la réduction et l'élimination des risques chaque fois qu'il est possible de le faire et l'adoption d'une attitude vigilante afin d'agir de manière à éviter tout risque inutile[130].

Cette section présente l'exposition dans l'environnement, en milieu de travail et par des agents infectieux.

4.1 L'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT

L'environnement physique, c'est-à-dire la qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air extérieur, de l'air intérieur et des sols, est en lien avec l'état de santé de la population.

Les cancers liés à l'exposition environnementale sont difficiles à étudier. En effet, les gens sont exposés tout au cours d'une vie à des centaines, voire à des milliers de contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol. De plus, la limite des données toxicologiques et épidémiologiques disponibles complique l'évaluation des expositions environnementales et du risque de cancer[138].

Bien que les contaminants environnementaux soient des facteurs de risque pour certains types de cancer, les données scientifiques actuelles ne permettent pas, la plupart du temps, de confirmer ou d'exclure l'existence d'un lien entre les deux. Le nombre de cancers liés à des substances carcinogènes dans l'environnement fait l'objet de bien des discussions en ce moment. On ignore le pourcentage exact de cancers liés à ce type d'exposition. On sait toutefois qu'une exposition continue ou prolongée à de fortes concentrations de substances carcinogènes accroît le risque de cancer[139].

Selon le CIRC, certaines substances retrouvées dans l'environnement sont reconnues cancérogènes chez l'humain (groupe 1)[138]. Parmi ces substances on note l'amiante, l'arsenic, le radon, les rayons solaires, le benzène et le formaldéhyde. Pour d'autres, la relation est moins certaine ou est à démontrer (voir annexe 4), On parle de facteurs environnementaux suspectés. À ce sujet, il est intéressant de noter que le choix des substances à évaluer repose, entre autres, sur leur volume de production sans nécessairement tenir compte du niveau d'exposition réel de la population. Ainsi, un grand nombre de personnes exposées à un cancérogène à faible dose peut avoir des répercussions aussi grandes, sinon plus grandes qu'une exposition à forte dose chez un nombre plus petit de personnes[140].

4.1.1 L'EXPOSITION PAR L'AIR

Cette section se divise en trois thèmes : le radon, l'amiante et la pollution atmosphérique.

4.1.1.1 *Le radon*

Le radon est un gaz radioactif incolore et inodore qui provient de la dégradation de l'uranium présent dans le sol et qui migre vers la surface par les interstices des sous-sols des maisons.

Le CIRC reconnaît le radon comme cancérigène chez l'humain (preuves suffisantes) car il cause le cancer du poumon. Lors de la dégradation du radon dans l'environnement, il y a émission de particules alpha qui pénètrent les voies respiratoires et endommagent les cellules épithéliales.

Au Québec, on estime qu'environ 10 % de tous les cas de cancers du poumon sont associés à l'exposition résidentielle au radon, soit plus de 400 cas parmi les 4 100 cancers du poumon diagnostiqués annuellement[141, 142]. Après le tabac, le radon représente la deuxième cause de cancer du poumon. Cependant, l'exposition simultanée au tabac et au radon augmente le risque de cancer du poumon de façon synergique. La cessation tabagique reste donc la première mesure à prendre pour prévenir ce cancer, suivi par la réduction de l'exposition au radon.

Chez les non-fumeurs, le radon est la première cause de cancer du poumon. Santé Canada estime qu'un non-fumeur exposé toute une vie à de fortes concentrations de radon a environ 5 % plus de risque de développer un cancer du poumon[143]. Ce risque est en relation avec la concentration de radon inhalé et la durée de l'exposition.

Une personne doit être exposée plus de 4 heures par jour durant plusieurs années pour avoir une exposition significative[144]. Comme le radon est plus lourd que l'air, il se retrouve plus particulièrement au sous-sol et au rez-de-chaussée des maisons¹⁹. Ainsi, les personnes qui travaillent, dorment ou regardent la télévision plus de 4 heures au sous-sol sont plus à risque.

Bien que l'on ne dispose pas actuellement d'une cartographie complète des zones à risque, les données préliminaires révèlent que la population de Chaudière-Appalaches, tout comme la population québécoise, ne semble pas exposée à de fortes concentrations de radon. Cependant, des résultats fragmentaires de mesure de radon dans certaines zones à risque en Chaudière-Appalaches révèlent des concentrations nettement au-dessus de la moyenne québécoise[145]. Des projets de mesure du radon dans les maisons devraient être mis en place pour mieux documenter cette question. Aussi, des efforts complémentaires devraient viser à mieux documenter ces problématiques et à mettre en évidence de façon plus exhaustive les zones potentielles de surexposition au radon dans la région. Pour ce faire, des projets de mesure du radon dans les maisons devraient être mis en place.

¹⁹ Selon l'OMS, résultent d'expositions à faible et moyenne doses.

Les résultats ainsi obtenus pourraient être comparés à la ligne directrice actuelle de Santé Canada (juin 2009), qui est de ne pas dépasser 200 becquerels par mètre cube d'air (Bq/m³). Cependant, il faut noter que l'OMS recommande même, depuis septembre 2009, des niveaux de référence de 100 Bq/m³, et au moins en deçà de 300 Bq/m³. En effet, selon les experts de cette organisation, chaque augmentation de 100 Bq/m³ augmenterait le risque de cancer du poumon de 16 %[146].

En pratique... toutes mesures de radon dans les maisons, supérieures aux niveaux recommandés, devraient faire l'objet de recommandations aux propriétaires des résidences concernées pour que des correctifs soient apportés.

Pour toute maison neuve, l'installation d'une membrane de polyéthylène sur le sol et l'installation d'un tuyau d'évacuation sont des mesures de prévention primaire. Le code du bâtiment devrait être amendé pour prévoir cette mesure.

Pour en savoir davantage... consulter :

- *Radon domiciliaire* [147]
- *Le Radon. Guide à l'usage des propriétaires canadiens* [148]

4.1.1.2 L'amiante

L'amiante est un cancérigène reconnu chez l'humain (CIRC et *Environmental Protection Agency*). Il est un des cancérigènes le mieux caractérisé avec les nombreuses études réalisées sur ce sujet. Ces recherches ont montré que tous les types d'amiante, y compris le chrysotile, sont susceptibles, bien qu'à des degrés divers, de causer des cancers et des maladies chez l'humain.

Selon l'OMS, les maladies liées à l'amiante sont toujours en progression. Les travailleurs qui manipulent de l'amiante (parfois à leur insu comme par exemple dans les travaux de rénovation) sont les plus exposés. Dans une moindre mesure, la population qui vit à proximité des lieux d'extraction ou d'utilisation de l'amiante ou qui fréquente un environnement bâti où l'amiante a été utilisé dans la construction est également exposée.

Les personnes exposées à de fortes doses d'amiante peuvent développer une fibrose des poumons appelée amiantose. Quant aux cancers susceptibles de se développer à la suite d'une exposition à l'amiante, il y a le cancer du poumon et le mésothéliome (tumeur rare qui s'attaque à la plèvre²⁰, au péritoine²¹ ou au péricarde²²). Selon la littérature, environ 80 % des cas de mésothéliome sont liés à l'exposition à l'amiante. Depuis peu, deux nouveaux cancers se sont ajoutés à la liste des cancers causés par l'amiante, soient ceux du larynx et des ovaires.

²⁰ Enveloppe des poumons.

²¹ Enveloppe de l'abdomen.

²² Enveloppe du cœur.

L'amiantose se développe lorsqu'on est exposé à de fortes concentrations d'amiante. Un seuil de protection peut être établi (voir L'exposition au travail, section 4.2). Par contre, le risque de développer un cancer à la suite de l'exposition à l'amiante croît avec l'importance de l'exposition sans qu'il y ait pour autant un seuil de protection à faible dose. C'est ce que rappelle l'OMS dans sa recommandation de mettre fin à l'utilisation de tous les types d'amiante :

Sachant qu'il n'y a aucune preuve de l'existence d'un seuil pour l'effet cancérigène de l'amiante et que l'on a observé des risques de cancer accrus dans les populations très faiblement exposées, la façon plus efficace d'éliminer les maladies liées à l'amiante consiste à mettre fin à l'utilisation de tous les types d'amiante [149].

La région de la Chaudière-Appalaches produit encore de l'amiante. C'est la dernière région au Canada à le faire. Il existe actuellement des choix moins dangereux pour la santé pour toutes les utilisations actuelles de l'amiante. On doit donc s'attendre à ce que cette production cesse bientôt. C'est une bonne nouvelle pour la prévention des cancers mais une mauvaise nouvelle pour l'économie de plusieurs familles dans la région et cela mérite une attention particulière.

La population à proximité des mines est exposée aux résidus miniers à ciel ouvert (haldes d'amiante). La région de la Chaudière Appalaches partage ce risque avec la région de l'Estrie qui possède également des mines inactives sur son territoire. Afin de tenter d'évaluer l'impact de cette exposition sur la santé de la population, l'INSPQ a produit une étude pour estimer les risques de cancer du poumon et de mésothéliome liés à la présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur des résidences et extérieur de la ville de Thetford Mines[150]. Les résultats de cette analyse montrent un risque à la santé attribuable à la présence d'amiante dans l'air de cette région qui se traduit par une estimation d'un nombre attendu accru de cancer du poumon et de la plèvre pour la population de la ville de Thetford Mines.

En effet, chaque année, environ 30 citoyens de la ville de Thetford Mines décèdent d'un cancer du poumon principalement dû à la cigarette. Selon le modèle le plus défavorable utilisé pour l'analyse de risque, un cancer supplémentaire pourrait s'ajouter par deux ans dû à la présence d'amiante dans l'air de la ville. Pour le modèle le plus favorable, on pourrait avoir un décès par cancer du poumon supplémentaire par 37 années. En résumé, la présence d'amiante dans l'air de la ville pourrait représenter de 2 à 33 décès supplémentaires de cancers du poumon et de la plèvre sur une période de 70 ans[150].

Ces estimations ne permettent pas de quantifier exactement le risque spécifique chez les fumeurs. Cependant, on sait que le risque de cancer du poumon des travailleurs fumeurs des mines exposées à l'amiante est multiplié par 10 par rapport aux non-fumeurs. (voir Les cancers d'origine occupationnelle, section 4.2.1). Puisqu'aucun seuil sécuritaire d'exposition à l'amiante n'est connu, on peut raisonnablement penser que ce même effet multiplicatif du tabagisme existe aux niveaux mesurés d'exposition environnementale.

En pratique... pour réduire au minimum le risque à la santé lié à la présence d'amiante, il est recommandé de réduire l'exposition le plus possible notamment par l'interdiction d'accès aux haldes²³, leur revégétalisation, l'arrêt de l'utilisation des résidus miniers comme abrasifs sur la route ou aux fins de remblayage. On suggère également une surveillance de la qualité de l'air par des mesures de la concentration d'amiante au cours du temps [150].

(voir L'exposition à l'amiante en milieu scolaire, section 4.2.2.4)

4.1.1.3 La pollution atmosphérique

Contrairement à d'autres facteurs comme le tabagisme, la pollution atmosphérique représente un risque individuel relativement faible pour la santé. Cependant, en termes de santé publique, les répercussions de ce type de pollution sont importantes, puisqu'un grand nombre de personnes sont exposées. Certaines personnes peuvent également subir plus fortement les effets de la pollution atmosphérique comme les enfants, les sportifs et les personnes âgées[151]. Plusieurs travaux de recherche nord-américains ont montré que la pollution atmosphérique provoque un nombre de cancers comparable à celui des cancers causés par le tabagisme passif[152].

Saviez-vous que... il est démontré qu'il n'y a pas de seuil sans risque en matière d'exposition aux contaminants atmosphériques? D'ailleurs, plusieurs études ont fait ressortir une association entre les particules atmosphériques et le cancer du poumon. Chaque augmentation de la concentration moyenne des particules fines de 10 µg/m³ est associée à une augmentation de 6 % du risque de mourir d'une maladie cardio-pulmonaire et de 8 % du risque de mourir d'un cancer pulmonaire[153].

De même, l'OMS, estime que chaque réduction de la concentration moyenne annuelle des particules fines de 10 µg/m³ permet d'abaisser le risque de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) prématurée toutes causes d'environ 6 %[153, 154]. Toute baisse des niveaux de pollution permet de réduire les risques pour la santé de la population. L'atteinte de certaines valeurs cibles, notamment celles proposées par l'OMS, permet de contribuer à la réduction de la mortalité associée à la pollution de l'air.

Parmi les polluants atmosphériques, plusieurs ont des effets cancérigènes à long terme[155]. C'est le cas des composés organiques volatils (COV) qui comprennent le benzène et les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et qui sont principalement issus des véhicules et des rejets industriels. Les particules fines qui composent la pollution servent de vecteurs à différentes substances comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)[152, 156].

Le niveau de connaissance de la qualité de l'air extérieur en Chaudière-Appalaches est limité en raison du nombre réduit de stations d'échantillonnage opérées dans la région. On observe tout de même que, pour les années 1995 à 2003, il y a eu une moyenne de 1,6 journée de smog par année[13] et pour les années 2004 à 2007, une moyenne de 6 jours[14]. Quant à la ville de Lévis, l'examen des données de la qualité de l'air de la région de la Capitale-Nationale, située à proximité de Lévis, permet une meilleure estimation, avec une moyenne de 4 jours pour 1995 à 2003 et de 13 jours par année entre 2004 et 2007.

²³ Tas constitué avec les déchets de triage et de lavage d'une mine métallique.

Par ailleurs, les concentrations moyennes annuelles de particules fines ont légèrement diminué en Chaudière-Appalaches entre 2003 et 2007, alors que les concentrations enregistrées pour l'ozone sont demeurées stables depuis les années 1995[157].

Saviez-vous que...

- les **particules** correspondent à des particules de poussière se subdivisant en deux catégories : les matières particulaires totales (PMT ou PM₁₀), qui comprennent l'ensemble des particules de diamètre inférieur à 10 µm, et les particules fines (PM_{2,5}) qui regroupent les particules dont le diamètre est inférieur à 2,5 µm? En raison de leur plus petite taille, les **particules fines** affectent davantage les bronches et les alvéoles pulmonaires où s'effectuent les échanges gazeux avec le sang, en raison notamment de leur interaction avec les autres polluants chimiques par adsorption ou par effet catalytique.
- le **smog** est devenu depuis quelques années une préoccupation grandissante pour la santé publique? Le smog est principalement constitué de particules fines et d'ozone, qui se forment à partir d'oxydes d'azote et de composés organiques volatiles (COV). Ces polluants sont produits localement à près de 65 %[158, 159], et ce, principalement par le transport et les industries[160]. En hiver, on ajoute à ces sources, le chauffage résidentiel au bois.

Transports

Malgré l'adoption de normes antipollution depuis les années 1970, le transport demeure une importante source de pollution atmosphérique et la principale cause de smog. Comme certains de ces polluants sont des cancérogènes démontrés ou probables, les émissions produites par les véhicules à moteur fonctionnant à l'essence ou au diesel peuvent contribuer à la survenue de cancers[161]. En effet, certaines études ont démontré l'existence d'un risque accru de cancer du poumon après une exposition de longue durée à la pollution et aux particules fines émises majoritairement par le transport[159, 162].

En Chaudière-Appalaches, environ 90 % de la population active de la région se rend en voiture au travail[163]. Seulement près de 1 % des déplacements sont effectués en transport en commun[19]. Ces chiffres s'expliquent par le fait que seulement 3 % du territoire est desservi par un service de transport en commun, soit presque exclusivement la population de la ville de Lévis[164] qui constitue toutefois environ 30 % de la population de Chaudière-Appalaches.

Industries

En Chaudière-Appalaches, la superficie du territoire consacrée aux développements résidentiels, aux parcs industriels et aux centres commerciaux augmentent d'années en années, signe du dynamisme économique de la région[165]. Or, la proximité des secteurs résidentiels avec certaines industries peut engendrer des risques à la santé pour la population.

Onze installations déclarent des rejets atmosphériques en raison de leur effet sur la santé et de leur contribution au smog. Elles sont situées en majeure partie dans le territoire du CSSS du Grand Littoral et de celui du CSSS de Beauce.

À titre d'exemple, l'exposition de populations demeurant à proximité d'usines de plastique renforcé (fibre de verre) qui émettent des oxydes de styrène a nécessité l'intervention de la DSPE dans un certain nombre de municipalités. Il s'agit d'un contaminant atmosphérique classé cancérigène possible (Groupe 2B) pour l'humain[166]. Afin de corriger la situation, il est désormais requis de respecter des paramètres de protection de la santé des citoyens lors de la demande du certificat d'autorisation d'exploitation de ces usines.

Quant à la raffinerie Ultramar, la plus importante de l'Est du Québec, elle déclare des émissions annuelles importantes de composés organiques volatils (COV) (702 tonnes), d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) dont le benzène (3,8 tonnes) et de particules fines (317 tonnes)[167]. Les améliorations technologiques ont permis une réduction appréciable des émissions polluantes par tonne de pétrole raffiné, de même que des rejets totaux pour la majorité des contaminants déclarés. En contrepartie, des augmentations de rejets pour certains des polluants peuvent atténuer ces gains environnementaux, compte tenu de l'augmentation de la production totale de la raffinerie aux cours des dernières années. Enfin, l'acquisition du boisé des Écartés en 2003 et du boisé de l'Abbaye en 2007 permet de mieux isoler la raffinerie des quartiers résidentiels tout en fournissant des espaces verts accessibles pour les communautés avoisinantes.

Stations d'échantillonnage

Notons également que les émissions atmosphériques générées par l'incinérateur de déchets de Lévis, excédaient, auparavant, les critères mis en place par le Conseil canadien des ministres de l'environnement au niveau des dioxines et des furannes[168]. La situation a été corrigée à la suite des travaux de modernisation du four et d'épuration des gaz afin de respecter les normes québécoises et fédérales[2] ainsi qu'à l'instauration de la collecte sélective des déchets. Au cours des prochaines années, il sera important de continuer le suivi de la performance de l'incinérateur.

Résidences

Le chauffage au bois représente une source importante de contaminants dans l'atmosphère, dont certains ont des propriétés cancérigènes comme le benzène, les composés organiques volatils (COV) et les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). Il est estimé que dans les quartiers résidentiels où le chauffage au bois est répandu, la qualité de l'air peut s'avérer moins bonne que celle d'un grand centre-ville comme Montréal[169].

Au Québec, le chauffage au bois résidentiel est responsable de la moitié des émissions de particules fines provenant des activités humaines. Selon Environnement Canada[26], un poêle à bois non certifié émet autant de particules fines dans l'atmosphère en neuf heures qu'un poêle certifié fonctionnant soixante heures ou une automobile de type intermédiaire parcourant 18 000 km en un an. Dans l'ensemble du Québec, le nombre d'installations de chauffage au bois a augmenté de 60 % de 1987 à 2000[170]. Comme le chauffage au bois est utilisé abondamment en Chaudière-Appalaches, il contribue de façon appréciable au smog hivernal, et ce, même à l'échelle de certaines municipalités.

4.1.2 L'EXPOSITION PAR L'EAU

Cette section aborde quatre thèmes : l'arsenic, les nitrates, les sous-produits de la chloration et les cyanobactéries.

4.1.2.1 L'arsenic

L'arsenic est un élément chimique incolore, sans goût et sans odeur. Cette substance est reconnue cancérigène chez l'humain. La consommation d'eau potable contenant de l'arsenic pendant plusieurs années augmente les risques de cancer de la peau, de la vessie et des poumons. Ainsi, les ministères de la Santé et des Services sociaux et du Développement durable, Environnement et Parcs ont identifié l'arsenic comme étant une priorité en santé environnementale. Bien que la principale source d'exposition à l'arsenic dans la population générale soit par l'alimentation, l'eau potable peut devenir une source d'exposition prédominante dans les régions où les concentrations d'arsenic dans les eaux souterraines sont élevées[171].

Au Québec, selon la nature géologique du sous-sol, certaines régions peuvent être à risque d'être affectées par des concentrations élevées d'arsenic dans l'eau potable. Entre 2001-2005, des données montraient que les concentrations d'arsenic mesurées dans l'eau d'un réseau de distribution d'eau potable de la région de la Chaudière Appalaches dépassaient parfois soit la norme québécoise du Règlement sur la qualité de l'eau potable actuellement en vigueur, qui est de 25 µg/l ou soit la nouvelle concentration maximale acceptable de 10 µg/l recommandée par Santé Canada depuis mai 2006²⁴.

Également, une étude réalisée en 1983 par le ministère des Ressources naturelles et de la Faune dans la région de la Chaudière Appalaches révélait que 35 puits présentaient des concentrations variant entre 25 et 50 µg/l, tandis qu'environ 120 puits présentaient des concentrations entre 10 et 25 µg/l. De plus, plusieurs puits avaient des concentrations dépassant les 50 µg/l dont quelques-uns dépassaient les 100 µg/l. Il est à noter que ce ne sont pas tous les puits de la région de la Chaudière Appalaches qui avaient été échantillonnés[172].

La nouvelle concentration maximale acceptable de 10 µg/l, recommandée par Santé Canada, est provisoire jusqu'à ce que les techniques de traitement des eaux permettent de réduire davantage les concentrations d'arsenic dans l'eau potable[173]. Afin de prendre en considération les nouvelles méthodes de traitement, Santé Canada propose d'abaisser la concentration maximale acceptable de 10 µg/l à 5 µg/l. Toutefois, pour l'instant, les dispositifs résidentiels de traitement sont uniquement certifiés comme pouvant réduire les concentrations d'arsenic à des niveaux de 10 µg/l[174]. Ainsi, la concentration maximale acceptable actuelle de 10 µg/l est basée principalement sur la faisabilité technique et la limite de détection et non sur les risques à la santé.

²⁴ Données des systèmes municipaux de distribution de l'eau provenant du MDDEP.

Selon Santé Canada, l'excès de risque de cancers associé à l'ingestion quotidienne à vie d'eau potable ayant une concentration d'arsenic de 5 µg/l est estimé entre 1,2 cas additionnel de cancer par 10 000 individus et 2,3 cas additionnel de cancer par 100 000 individus. Ce risque dépasse le niveau de risque considéré acceptable de 1/10 000 (10^{-5}) à 1/100 000(10^{-6})[174]. Pour obtenir un niveau de risque jugé acceptable, Santé Canada évalue que la concentration d'arsenic dans l'eau potable devrait être aussi faible que 0,4 µg/l.

Ainsi, advenant une éventuelle modification de la concentration maximale acceptable actuelle sous les 10 µg/l, davantage de puits et de réseaux de distribution dépasseraient cette nouvelle valeur. Dans ce contexte, il devient alors important de vérifier si l'exposition à l'arsenic dans l'eau potable contribue réellement à accroître significativement la dose absorbée d'arsenic. À notre connaissance, peu d'études ont été effectuées afin d'évaluer le lien entre l'exposition chronique des individus à de faibles concentrations d'arsenic dans l'eau potable et les niveaux de biomarqueurs d'exposition. Ainsi, une étude portant sur l'arsenic dans l'eau potable et intitulée : *Exposition et risques sanitaires dans une population rurale québécoise* est actuellement en cours dans la région de la Chaudière Appalaches. Cette étude permettra, entre autres, de mieux documenter cette problématique dans la région et ses effets possibles sur la santé.

En pratique... nonobstant l'étude ci-dessus mentionnée en Chaudière-Appalaches, la recommandation aux propriétaires de puits de la région demeure toujours la même soit de faire analyser régulièrement leur eau par un laboratoire accrédité pour s'assurer de sa bonne qualité. En cas de dépassement, ceux-ci peuvent faire appel à la DSPE pour l'interprétation de ces résultats et les suivis à faire.

4.1.2.2 Les nitrates

La présence de nitrates dans l'eau de consommation est principalement attribuable aux activités humaines[175] et leurs principales sources sont les fertilisants agricoles chimiques et organiques associés aux cultures et à l'élevage intensifs et les rejets sanitaires. Les nitrates sont considérés par le CIRC comme probablement cancérigènes (Groupe 2A)[176].

4.1.2.3 Les sous-produits de la chloration

La désinfection de l'eau par l'ajout de chlore est une mesure de santé publique essentielle car très efficace pour détruire les bactéries et les virus. En contrepartie, la présence de chlore combinée à une grande quantité de matières organiques amènent la formation de sous-produits appelés trihalométhanes. Ces sous-produits peuvent augmenter légèrement le risque de cancer de la vessie lorsque les gens y sont exposés pendant une longue période de temps. Cependant, il faut comprendre que les risques de boire de l'eau contenant des trihalométhanes en concentration élevée sont moindres que ceux de boire une eau non désinfectée.

4.1.2.4 Les cyanobactéries

Les cyanobactéries, aussi appelées algues bleu-vert, sont des bactéries. Plusieurs espèces de cyanobactéries sont capables de produire différentes substances toxiques appelées cyanotoxines. Une de ces cyanotoxines, la microcystine-LR est classée par le CIRC dans le groupe 2B soit possiblement cancérigène chez l'humain et les extraits de *Microcystis* dans le groupe 3 (non classifiable).

4.1.3 L'EXPOSITION AUX PESTICIDES DANS LES SOLS, L'EAU ET L'AIR

Les pesticides sont utilisés pour protéger les cultures et les animaux d'élevage contre plusieurs organismes considérés comme nuisibles par l'humain (insectes, acariens, plantes indésirables, maladies parasitaires et rongeurs). Une fois dispersés dans l'environnement, les pesticides peuvent toutefois se retrouver dans l'eau, l'air ou le sol, qui constituent autant de voies d'exposition à ces produits pour les humains et les organismes de divers écosystèmes[177]. Si les risques d'intoxications aiguës reliés à certains pesticides ne sont plus à démontrer, les effets chroniques de ces produits soulèvent de nombreuses inquiétudes[178].

Au cours des dernières années, l'INSPQ en collaboration avec le MDDEP a travaillé au développement de l'indicateur de risques des pesticides du Québec[179]. Cet indice permet de caractériser les risques que présentent différents pesticides pour la santé et l'environnement, incluant les risques associés au cancer. Une estimation de la pression sanitaire et environnementale découlant de l'emploi des pesticides peut également être produite, que ce soit à l'échelle d'une ferme, d'une région ou du Québec en entier. Cet outil permet ainsi de mieux faire ressortir l'évolution des risques associés à l'emploi des pesticides et, en particulier, de l'effet du remplacement des pesticides réputés plus toxiques par d'autres produits moins nocifs pour la santé et l'environnement. Plus récemment, le portail SAgE Pesticides (www.sagepesticides.qc.ca) a été développé pour le public et les entreprises qui utilisent des pesticides. Cet outil d'information fournit des renseignements sur les risques pour la santé et l'environnement des pesticides ainsi que sur les usages agricoles pour une gestion rationnelle et sécuritaire des pesticides au Québec. Tous ces outils ont pour objectif commun de favoriser l'usage rationnel et la diminution de l'emploi des pesticides.

En 2006, les ventes totales de pesticides au Québec ont diminué de 9,5 % par rapport à 2005 mais seulement de 9,7 % par rapport à 1992, première année de la compilation des ventes de pesticides[180].

La combinaison des données du Bilan des ventes de pesticides 2006 et de l'indicateur de risque des pesticides permet de produire un indicateur de suivi du risque pour l'environnement et la santé, pour le secteur agricole[177]. Ces deux indicateurs diminuent en 2006 comparativement à 1997, et ce, même avec des volumes de ventes semblables pour ces deux années. Ceci indique que le risque environnemental et sanitaire est moins élevé en 2006 et que les produits vendus sont moins à risque que ceux vendus en 1997. Les indicateurs sont aussi calculés sur la base d'un hectare afin d'obtenir des indicateurs de risque pour l'environnement et pour la santé à l'hectare. Ces derniers diminuent respectivement de 29 % et de 34 % en 2006 par rapport à 1997.

Des résidus de pesticides sont mesurés dans les eaux de certaines rivières et aussi dans les eaux de certains puits au Québec et dans la région de la Chaudière-Appalaches[177]. La présence de résidus de pesticides est également signalée dans une quinzaine de réseau d'approvisionnement en eau potable de notre région. Les concentrations observées respectaient cependant les normes de qualité de l'eau potable. Ces données révèlent malgré tout que la population générale peut être exposée à ces produits de façon involontaire.

Depuis 2006, l'application du Code de gestion des pesticides au Québec a permis de mieux contrôler la vente et l'usage des pesticides en milieu résidentiel et institutionnel, en particulier dans les centres de la petite enfance et dans les écoles. Certains ingrédients actifs de pesticides reconnus pour leurs effets néfastes pour la santé sont notamment interdits pour l'entretien des pelouses, dont notamment le 2,4-D. Ainsi, l'emploi des pesticides à vocation résidentielle est en régression depuis quelques années. L'objectif global de réduction de 50 % de l'utilisation des pesticides par rapport au niveau de 1992 est toujours en vigueur. Toutefois, cet objectif est encore loin d'être atteint.

Bien que toutes les études n'aient pas démontré une association statistiquement significative ou la présence d'un risque, certaines études épidémiologiques laissent suspecter un risque plus important de contracter certaines formes de cancers chez les enfants qui ont été exposés à des pesticides en milieu résidentiel (à l'extérieur ou à l'intérieur de la résidence) ou dont les parents sont exposés dans le même milieu pendant la grossesse.

Toutefois, en général, les cas de cancers associés aux pesticides sont peu fréquents et s'observent le plus souvent en milieu agricole[177]. La tendance générale observée de la diminution de l'utilisation des pesticides doit se poursuivre. Une des façons d'y arriver est de poursuivre la surveillance à l'aide des outils développés et l'éducation de la population et des producteurs agricoles sur cette question.

4.1.4 L'EXPOSITION AUX ULTRAVIOLETS

Face au soleil, user de bon sens

Profiter du soleil fait partie des plaisirs de la vie. Grâce au soleil aussi, la peau fabrique la vitamine D. Celle-ci s'avère essentielle à la croissance et à la structure des os, prévient l'ostéoporose, et pourrait être un facteur de prévention pour le cancer colorectal[7]. L'excès de soleil, par contre, vieillit la peau et peut causer le cancer de la peau[181].

Le risque lié aux rayonnements ultraviolets

La carcinogénicité des rayonnements ultraviolets UVB (voir glossaire) et UVA (voir glossaire) est bien démontrée[182]. Le cancer de la peau, avec ses trois types principaux (basocellulaire, spinocellulaire et mélanome), représente le cancer le plus fréquent au Canada[183]. Cependant, la plupart de ces cancers peuvent désormais être guéris s'ils sont détectés précocement[184, 185].

Avec un taux de survie (voir Recueil statistique, section 1.2) à 5 ans de 89 %[11], le mélanome s'avère le plus mortel des cancers de la peau[181, 184]. Une croissance quasi constante de l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) du mélanome depuis 1969[11, 186] s'expliquerait par l'amélioration des enregistrements[186], une meilleure détection des lésions[11], en lien avec une sensibilisation accrue du public et des cliniciens[187], mais surtout par l'imprudence face aux rayonnements et les comportements de bronzage[11, 188]. La diminution de la couche d'ozone est également invoquée[181]. Chez les jeunes canadiens de 15 à 29 ans, l'incidence du mélanome en 2005 est inférieure aux niveaux atteints en 1996 et 2003. Toutefois, elle se situe encore au troisième rang parmi les plus élevées[11].

Depuis 1995, la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par mélanome au Canada s'est également stabilisée chez les hommes et a diminué chez les femmes[11]. L'augmentation de la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) s'explique par l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de détection précoce, de diagnostic et de traitement des lésions[11].

L'incidence du mélanome au Canada s'établissait en 2005, pour tous âges confondus, à 13 pour 100 000 chez les hommes et à 11 pour 100 000 chez les femmes[11]. Les taux de mortalité en 2004 s'établissaient à 3 pour 100 000 chez les hommes et à 1 pour 100 000 pour les femmes[11]. Les taux d'incidence et de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) sont donc plus élevés pour le sexe masculin[11] et en avançant en âge[188]. Cependant, chez les jeunes de 15 à 29 ans, les taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) sont nettement plus élevés chez les femmes (37 pour 100 000) que chez les hommes (20 pour 100 000)[11].

Au Québec, les taux d'incidence du mélanome en 2005 se situent à 7 et 6 pour 100 000 respectivement chez les hommes et les femmes[189]. On doit escompter une sous-évaluation d'environ 35 % due aux modes d'enregistrement des données limités aux diagnostics faits en cours d'hospitalisation[11].

Facteurs de risque

Toute personne est susceptible de développer un cancer de la peau. Toutefois, certains facteurs de risque augmentent cette probabilité : le teint pâle, les cheveux blonds ou roux, les yeux bleus ou verts, une peau qui ne bronze pas, rougit et brûle facilement, des taches de rousseurs, des coups de soleil au cours de l'enfance[190], une histoire personnelle ou familiale de cancer de la peau, une exposition fréquente au soleil dans les loisirs ou au travail[184], des moles ou névi en quantité élevée[191]. Les brûlures au cours de l'enfance sont associées au mélanome et au cancer basocellulaire[192, 193] tandis que l'exposition chronique est associée au cancer spinocellulaire[193].

L'intensité des rayonnements s'accroît au printemps et à l'été, en se rapprochant de l'équateur et en montagne[194]. Les rayonnements du soleil sont intensifiés par des surfaces réfléchissantes tels le pavé, l'eau, la neige et le sable[194, 195]. Un couvert nuageux léger laisse pénétrer jusqu'à 50 % des rayons UVB[196].

L'écran solaire ne doit pas être utilisé pour prolonger le temps passé au soleil[181, 197, 198]. Aucun écran solaire (crème, lotion, etc.) n'élimine tous les rayons du soleil[199]. Utilisé correctement, il empêche les brûlures[200]. Cependant, ceci peut inciter à demeurer plus longtemps au soleil et représenter une fausse sécurité[200-202]. Sa disparition dans l'eau, par la transpiration[195, 203], l'essuyage, la friction des

vêtements[204] et sa détérioration à la chaleur[198] et au soleil rend la protection incertaine et la réapplication nécessaire[195, 197, 205]. Son rôle dans la prévention du mélanome n'est pas démontré[193]. C'est pourquoi, il s'agit d'une solution complémentaire, lorsque le retrait de l'exposition et le recouvrement sont impraticables. Il faut alors réduire le temps passé au soleil plutôt que de le prolonger[181]. Le bronzage intentionnel est à éviter[200].

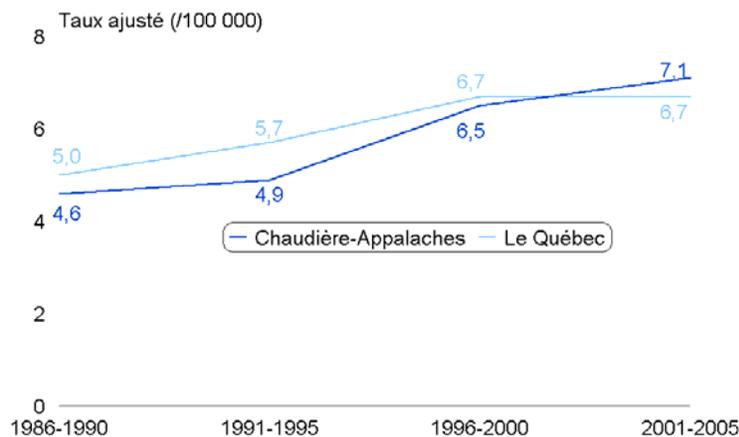
L'imprudence des bronzeurs

- Selon une enquête canadienne réalisée en 2006, 49 % des jeunes femmes de 16 à 24 ans et 28 % des hommes du même âge se font bronzer intentionnellement[206]. Chez les 25 à 44 ans, ce sont encore 30 % des femmes et 20 % des hommes qui pratiquent le bronzage. Au Québec, 18 % des adultes et 24 % des enfants avaient subi au moins un coup de soleil durant l'année précédente[206]. En 2009, un tiers des québécois n'examinent jamais leur peau[207].
- **L'exposition aux UVA des cabines de bronzage peut être plusieurs fois plus intense que celle du soleil[208].** Des mélanomes et même des mélanomes des yeux sont associés au bronzage artificiel[182]. Selon une enquête réalisée en 1996 par le MSSS, 19,5 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans et 17,1 % des 25 à 34 ans avaient fréquenté les salons de bronzage commerciaux au cours de l'année précédant l'enquête[209]. Environ 18 % des utilisateurs des 5 années précédentes y avaient subi des brûlures[210].

Prévenir le cancer de la peau en Chaudière-Appalaches

La région de la Chaudière-Appalaches présente des taux d'incidence annuels du mélanome semblables à ceux du Québec. Ils sont passés de 4,6 à 7,1 pour 100 000 entre les périodes de 1986-1990 et 2000-2005.

Évolution du taux d'incidence pour le mélanome de la peau

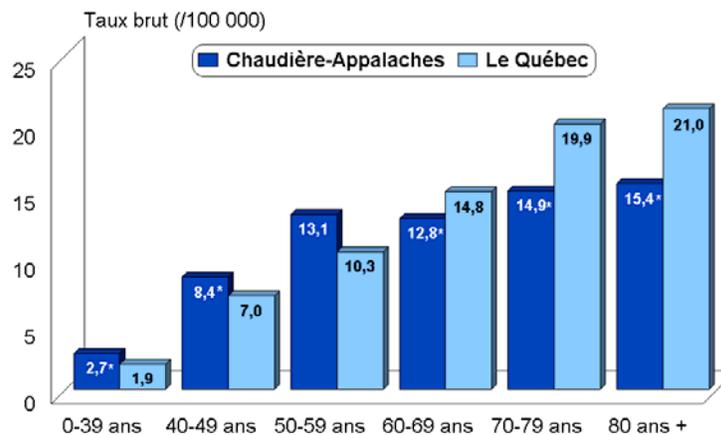


Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010

Le taux ajusté de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) pour le mélanome de la peau, entre 2002 et 2006, est de 1,3/100 000 pour la région et de 1,7/100 000 pour le Québec. Cette différence n'est pas significative. Ceci représente environ cinq décès par an en Chaudière-Appalaches.

On observe quelques différences entre les taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) par groupe d'âge de la région de la Chaudière-Appalaches par rapport au Québec, mais les taux pour la région doivent être interprétés avec prudence étant basés sur des faibles nombres. Les différences ne sont pas statistiquement significatives. Les taux tendent à augmenter avec l'âge.

Taux d'incidence, mélanome de la peau, 2001-2005



* : Taux basés sur des faibles nombres : à interpréter avec prudence

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

La prévention primaire

Selon le U.S. Task Force on Community Preventive Services, les données probantes concernant l'efficacité des mesures préventives demeurent limitées à des changements de comportements liés aux programmes à composantes multiples incluant des activités éducatives et des politiques et déployés en milieu scolaire primaire et en milieu récréotouristique[211]. À ceci s'ajoutent, selon des auteurs australiens, des campagnes communautaires et nationales bien orchestrées[212].

Le dépistage

(voir glossaire)

Divers auteurs soulignent des progrès réalisés au niveau de la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) en lien avec la détection plus précoce des lésions[213]. Cependant, les données demeurent insuffisantes pour recommander le dépistage de la population en première ligne ou l'auto-examen de la peau[214]. Les cliniciens sont toutefois invités à utiliser leur jugement clinique en présence d'une histoire familiale positive, d'une lésion suspecte ou d'une exposition fréquente au soleil.

L'OMS[181, 215], le *Centers for Disease Control and Prevention*[195], Santé Canada[216], la Société canadienne du cancer[217], le MSSS[218] et l'Association canadienne de dermatologie[219] recommandent tous de se protéger des effets néfastes dus aux rayonnements ultraviolets. Les mesures préconisées varient quelque peu, mais on s'entend généralement sur la nécessité de :

1. Rechercher l'ombre lorsque le soleil est intense, c'est-à-dire entre 10 ou 11 heures et 16 heures (index UV de 3 et plus)²⁵;
2. Se couvrir avec des vêtements longs et amples, tissés serrés, des chapeaux à larges bords et des lunettes de soleil qui protègent contre les UVA et UVB;
3. Si une exposition ne peut être évitée, appliquer une crème solaire avec un facteur de protection solaire élevé (15 à 30 ou plus) ;
4. Éviter les lampes solaires et les cabines de bronzage.

Certains organismes officiels recommandent aussi de surveiller sa peau, et en cas de lésion suspecte (ABCD),²⁶ de consulter un médecin[185, 216, 218].

L'information sur ces mesures de protection est transmise dans le cadre de campagnes de sensibilisation nationales et médiatiques, ou d'interventions éducatives individuelles ou de groupes à l'intention des enfants, parents, vacanciers, du personnel de santé, du personnel scolaire, des éducateurs de la petite enfance, et des travailleurs dans les milieux de vie tels les écoles, garderies, et les milieux récréotouristiques ou de travail, etc. Des mesures environnementales et des politiques favorisant l'adoption des comportements de protection sont préconisées. Dans les écoles et les garderies par exemple, il s'agit principalement d'assurer la disponibilité de vêtements de protection, l'accès à l'ombre grâce à la présence d'arbres, de structures de jeu, de parasols, ou d'abris, et de mettre en place des horaires de jeu flexibles permettant d'éviter les heures de soleil intense[193].

En pratique... afin de prévenir la surexposition aux rayonnements UV et les brûlures, il favoriser l'adoption de comportements de protection. Les efforts de prévention se centreront sur les enfants, adolescents, parents, enseignants et gardiens, ainsi que sur les jeunes adultes. Ceux-ci sont joints dans les écoles, les garderies et les milieux récréotouristiques. Il s'agira donc de :

- participer, avec la collaboration des CSSS, aux campagnes orchestrées nationalement pour informer sur le risque et les moyens de protection personnels (vêtements de protection, éviter le soleil intense, etc.);
- encourager, avec la collaboration des partenaires des CSSS et autres partenaires locaux, la mise en place de mesures environnementales favorables aux comportements de protection (maximiser les zones d'ombre (arbres, structures, etc.), horaires adaptés pour les jeux extérieurs, disponibilité des vêtements de protection, etc.).

²⁵ L'index UV peut être consulté chez Météo-Média : www.meteomedia.com/uvreport/uvyqb.

²⁶ ABCD : Ce moyen mnémotechnique rappelle les caractéristiques des lésions suspectes pour lesquelles il est recommandé de consulter : Asymétrie : différence de forme entre les 2 côtés de la lésion; Bordure irrégulière et indistincte; Couleurs variées; Diamètre : généralement plus de 6 mm, plus souvent retrouvé sur le tronc chez l'homme et sur les membres inférieurs chez la femme.

4.1.5 L'EXPOSITION AUX CHAMPS ÉLECTROMAGNÉTIQUES

Les champs électromagnétiques sont présents naturellement dans l'environnement et sont aussi produits par l'activité humaine. Ils existent d'abord partout où il y a de l'électricité transmise ou utilisée. L'usage accru de technologies faisant appel aux ondes de haute fréquence contribue également à accroître l'exposition des populations à différents champs électriques et magnétiques. Des préoccupations relatives aux effets sur la santé résultant de l'exposition aux champs électromagnétiques de basses ou de hautes fréquences ont conduit plusieurs chercheurs et institutions à s'intéresser à cette problématique, notamment pour les risques accrus de cancer.

En ce qui a trait à l'exposition chronique aux champs électromagnétiques de basses fréquences (50-60Hz), l'OMS a classé le champ magnétique comme cancérigène possible (2B). Sa conclusion était principalement basée sur la synthèse des études épidémiologiques qui tendent à démontrer une association entre l'apparition du cancer chez l'enfant (leucémie) et la présence de champ magnétique. Bien que le lien de cause à effet ne soit pas démontré, certaines organisations et certains pays préconisent une approche prudente (principe de précaution) et proposent des mesures afin de réduire les expositions à ces champs.

Au Québec, un groupe de travail issu du réseau de la santé a déposé un rapport au MSSS en mai 2000. Le groupe conclut que *« le lien causal entre l'exposition chronique aux champs électromagnétiques et l'apparition de cancers n'est pas établi. Néanmoins, compte tenu de l'absence d'explication évidente et des résultats inconstants des études épidémiologiques, on ne peut exclure l'existence d'un tel risque[220] »*.

Plus récemment, l'NSPQ[221] a fait le point sur les plus récents développements en matière d'effets sur la santé au regard des champs électromagnétiques en documentant l'exposition de la population aux fréquences de 60 Hz. La possibilité d'un faible risque de cancer, principalement de leucémie chez l'enfant, demeure mais le lien de cause à effet n'est toutefois toujours pas démontré. Les études sur la leucémie chez l'adulte quant à elles sont non concluantes. Les études sur le cancer du sein tendent plutôt vers une absence d'association. Pour les autres formes de cancer, les résultats actuels sont trop limités pour statuer sur ces risques. Ainsi, les connaissances scientifiques actuelles ainsi que les informations disponibles montrent que la présence de lignes de transport d'électricité fait en sorte qu'un léger degré d'incertitude demeure puisque celles-ci peuvent engendrer des champs électromagnétiques significatifs pour les populations demeurant à proximité. Chez l'enfant, il y a possibilité d'un faible risque de cancer, principalement de leucémie, à la suite d'une exposition prolongée aux champs magnétiques[221].

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, on compte un seul corridor de transport d'électricité à haute tension, comportant trois lignes de 735 kV, qui traverse la région. Le réseau de distribution d'électricité comprend quant à lui une dizaine de lignes de 69, 120, 230 et 315 kV ainsi que plusieurs postes de transformation qui permettent de desservir en électricité l'ensemble des municipalités. De nouvelles lignes de raccordement seront également construites pour relier les parcs éoliens des Moulins et du Massif du Sud dont la construction est envisagée dans les prochaines années. Lors du choix du tracé des lignes de transport, il demeure donc important de considérer le risque possible à la santé lié à l'émission de champs électromagnétiques afin de respecter une distance séparatrice adéquate entre les lignes à haute tension et les résidences.

Les champs électromagnétiques associés aux hautes fréquences (10 kHz à 300 GHz) incluent les radiofréquences employées pour la téléphonie mobile (cellulaire) et les micro-ondes (10 à 300 GHz). Les données disponibles pour connaître l'exposition du public aux champs électromagnétiques des radiofréquences sont relativement nombreuses pour les applications utilisant des fréquences supérieures à 400 MHz, mais beaucoup plus limitées pour les fréquences plus basses[39]. Le développement massif de la téléphonie mobile, n'incluant pas les téléphones cellulaires, étant relativement récent, on ne dispose pas aujourd'hui du recul suffisant pour conclure avec certitude à l'absence d'effets sanitaires. Un certain nombre d'études réalisées sur des populations professionnelles soulèvent des hypothèses d'augmentation de risque de cancer tels les tumeurs cérébrales, les cancers des testicules, et les mélanomes oculaires. Selon l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, l'analyse des études disponibles fait ressortir que les radiofréquences supérieures à 400 MHz ne provoquent pas d'augmentation d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) ou l'aggravation de cancers, en particulier pour des expositions chroniques. Les résultats convergent donc vers une absence d'effet cancérigène ou co-cancérigène des radiofréquences pour des expositions non thermiques.

L'exposition chronique aux radiofréquences émises par les antennes de stations de base des réseaux de téléphonie mobile a parfois été suspectée d'être à l'origine de cas de cancers survenant au cours d'une certaine période de temps et au voisinage de ces antennes. Il n'existe toutefois qu'un nombre limité d'études épidémiologiques explorant la relation entre antennes-relais et risque de cancers. Selon un rapport publié au Royaume Uni, les mesures d'émission des stations de base indiquent avec certitude que les expositions du public sont faibles, mais n'indiquent pas par elles-mêmes que ces faibles expositions n'aient pas de conséquences sur la santé.

Quant aux téléphones cellulaires, à ce jour, il n'y a pas de preuve de l'augmentation du risque de tumeur intracrânienne lié à l'utilisation régulière de téléphone mobile.

En pratique... actuellement, il n'y a pas assez de données probantes qui permettent de modifier les normes actuelles concernant les stations de bases et les antennes relais en raison d'un risque accru pour la santé.

L'exposition aux champs de radiofréquence émis par les téléphones portables est généralement plus de 1 000 fois supérieure à l'exposition aux champs émis par les stations de base[222]. L'augmentation d'un risque de cancer associé à l'usage de la téléphonie cellulaire ou d'autres équipements de communication sans fil n'a pas pu être démontrée de façon certaine. La plupart des corps scientifiques recommandent toutefois une surveillance continue des taux de maladies comme programme de santé publique responsable puisque les télécommunications sans fil ont été introduites relativement récemment dans le grand public.

Pour en savoir d'avantage... consulter :

- *Votre santé et vous. Sécurité des cellulaires et des stations de base*[223]
- *Les communications sans fil et la santé* [224]

Les recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion de la santé¹ appliquée au continuum de soins et de services en cancer L'exposition dans l'environnement

	Promotion-prévention ²
Élaborer des politiques publiques saines	Réduire le transport automobile par la mise sur pied ou l'amélioration de systèmes de transport collectif efficaces.
	Renforcer la densité d'habitation des villages et petites collectivités afin d'accroître le transport collectif et actif.
	Poursuivre les efforts de réduction de pollution de l'air notamment par le respect des conditions d'opérations inscrites aux certificats d'autorisation des industries.
	Respecter des zones tampons entre les usages industriels et les secteurs résidentiels lors de l'élaboration des schémas d'aménagement.
	Améliorer les mesures de protection de la qualité des sources d'eau de consommation.
Créer des milieux favorables	Promouvoir la mise en place des mesures de réduction de l'exposition au radon pour les résidences et les entreprises affectées.
	Déployer des moyens d'identification des zones potentielles de surexposition au radon dans la région.
	Contribuer à la mise en œuvre d'interventions directes et d'un suivi qui visent la réduction de l'exposition aux cancérogènes dans les milieux de vie et de travail (amiante et rayons ultraviolets).
	Réduire l'exposition à l'amiante le plus possible en cessant les activités susceptibles de remettre en suspension dans l'air des fibres d'amiante provenant des résidus miniers soit leur utilisation comme abrasifs sur la route et aux fins de remblayage et l'accès aux haldes tant qu'elles n'auront pas été revégétalisées.
	Inciter le remplacement de tout appareil ou foyer au bois utilisé comme mode de chauffage principal par un poêle ou un foyer certifié de l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis ou de la norme CAN/CSA-B415.1.
	Favoriser l'établissement d'espaces verts et pistes cyclable qui incitent au transport actif lors de l'élaboration des schémas d'aménagement.
	Dans le cadre des schémas d'aménagement, prévoir la plantation d'arbres générateurs d'ombre dans toutes les communautés. Débuter avec les infrastructures pour les tout-petits, notamment dans les Centres de la petite enfance et les aires de jeu municipaux.
	Accentuer la surveillance des cancérogènes dans les milieux de vie et de travail (en particulier l'amiante).
Renforcer l'action communautaire	
Acquérir des aptitudes individuelles	Informers les propriétaires des résidences au prise avec un problème de radon quant aux correctifs à apporter.
	Faire une campagne de sensibilisation auprès de la population pour réduire l'utilisation du chauffage au bois et du chauffage à l'huile comme mode de chauffage principal.
	Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation sur la problématique de l'arsenic dans l'eau potable, recommander aux propriétaires de puits privés de la région de faire analyser régulièrement leur eau.

	Développer des activités éducatives destinées aux exploitants des réseaux d'eau potable dans le but d'améliorer leurs connaissances dans le traitement de l'eau, et ceci, afin d'assurer la qualité de l'eau distribuée.
	Améliorer les moyens de communication du risque et les messages diffusés à la population sur la qualité de l'eau consommée.
	Développer des activités de sensibilisation auprès des utilisateurs de pesticides (agricoles et résidentiels) pour favoriser la réduction de leur emploi.
	Mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'adoption de comportements protecteurs contre les ultraviolets dans les milieux à risque.
Réorienter les services de santé	Assurer un rôle de leadership dans la recherche, la prévention et la promotion de mesures de protection de la population.
	Développer des outils dans le cadre de partenariat avec les municipalités, ministères et autres organismes ciblés.
	Décrire les zones potentielles de surexposition au radon dans la région par des projets de mesure du radon dans les maisons.
	Augmenter le nombre de station d'échantillonnage de l'air notamment à Lévis en vue d'une meilleure connaissance de la qualité de l'air extérieur en Chaudière-Appalaches, particulièrement dans les secteurs industrialisés.
	Participer aux campagnes nationales de sensibilisation et aux mesures de prévention et de protection contre les ultraviolets.
	Contribuer à la surveillance des cancers et les liens possibles avec l'introduction de nouvelles technologies en lien avec l'exposition aux champs électromagnétiques.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].
2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

LES PRIORITÉS DE L'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : exposition dans l'environnement
Élaborer des politiques publiques saines	Contribuer à l'application et à l'appropriation des différentes politiques gouvernementales : <ul style="list-style-type: none"> • Lois sur la santé et la sécurité au travail, incluant le milieu agricole et forestier; • Lois sur l'environnement.
Créer des milieux favorables	Pour l'amiante et les rayons ultraviolets, contribuer à la mise en œuvre d'interventions directes et d'un suivi qui visent la réduction de l'exposition aux cancérogènes dans les milieux de vie (exemple le milieu scolaire) et de travail. Végétaliser les haldes de résidus et réorienter les économies des localités productrices d'amiante. Déployer des moyens d'identification des zones potentielles de surexposition au radon dans la région.
Renforcer l'action communautaire	
Réorienter les services de santé	Assurer un rôle de leadership dans la surveillance, la prévention et la promotion de mesures de protection de la population contre l'amiante. Former les intervenants de première ligne à donner des conseils sur la prévention de l'exposition au radon. Participer aux campagnes nationales de sensibilisation et aux mesures de prévention du cancer de la peau et de protection contre les ultraviolets, en priorisant la création de zones d'ombre dans les aires de jeu des enfants.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

4.2 L'EXPOSITION AU TRAVAIL

Cette section traite principalement des mesures de protection des travailleurs. La section sur les déterminants de la santé inclut également des actions préventives à effectuer pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les milieux de travail (voir Soutenir les efforts préventifs, section 3.3).

Les produits cancérigènes en milieux de travail

Les produits cancérigènes sont présents en milieux de travail et la région ne fait pas exception.

Parmi les 167 825 travailleurs (voir annexe 4) qui œuvrent dans la région combien sont ou ont été exposés à des produits cancérigènes dans le cadre de leur travail? Ou encore combien parmi eux développeront un cancer dû à leur travail? Actuellement, il est impossible de répondre d'une façon précise à ces questions. Par contre, la présente section tentera d'y répondre indirectement au moyen des données disponibles et en fonction des connaissances actuelles.

Saviez-vous que... Au niveau mondial, on estime qu'entre 4 % et 8,5 % des cancers prendraient leur origine par suite d'une exposition au travail?[225-228]

Une publication récente[229, 230] apporte un éclairage plus précis à ce sujet à partir d'une vaste étude réalisée en Grande-Bretagne et visant à préciser la part attribuable des cancers à des facteurs de risque en milieu de travail. Ainsi, en 2004, dans ce pays, on a estimé que 4,9 % des décès (8 % chez les hommes et 1,5 % chez les femmes) étaient associés à six des cancérigènes évalués²⁷. Les cancers causés par une exposition à des produits cancérigènes au travail représenteraient donc un fardeau important parmi les problèmes de santé dus au travail en totalisant plus de 7 300 décès, ce qui contraste fortement avec les 223 décès causés par des blessures au travail toujours pour 2004[230]. Les auteurs qualifient ces estimés de conservateur[230]. Chez les travailleurs exposés à certaines substances, cette proportion est toutefois supérieure[231].

L'environnement de travail comporte un grand nombre de cancérigènes reconnus comparativement à d'autres sources d'exposition.

²⁷ Les six cancers évalués présentaient une évidence forte ou probable d'un lien avec l'exposition en milieu de travail (groupe 1 et 2A du CIRC) : la leucémie, les cancers du poumon, le mésothéliome, le cancer de la peau sans mélanome et le cancer du nez et des sinus.

**Nombre de cancérogènes du groupe 1
selon le CIRC selon l'origine principale d'exposition**

Origine principale de l'exposition	Nombre
Environnement de travail	37
Environnement	3
Agents biologiques	10
Médicaments	23
Rayonnement	12
Mode de vie	8

Source : Siemiatycki, J. (2005) p. 5[232]

Les produits cancérogènes présents dans l'environnement des travailleurs peuvent causer des atteintes à différentes parties du corps (foie, poumons, nez, os, sang, vessie, etc.). Et bien que plusieurs cancers professionnels soient classés comme des maladies professionnelles dans de nombreux pays (voir annexe 4), seul un très petit nombre de cas est en fait reconnu et donne lieu à une réparation ou une indemnisation au Québec.

Saviez-vous que... au Québec, seulement trois cancers sont formellement reconnus par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, soit le cancer pulmonaire et le mésothéliome causés par l'amiante, et l'épithélioma (cancer de la peau) ou lésions paranéoplasiques de la peau causé par diverses substances? (consulter l'annexe 4)

Peu de cancers causés par le travail sont officiellement reconnus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*[233]. Or, dans d'autres pays du monde, la liste des cancers liés à des expositions au travail admissibles à une indemnisation est beaucoup plus large²⁸. La situation qui prévaut au Québec quant aux cancers faisant l'objet d'une indemnisation ne semble pas refléter l'état des connaissances scientifiques dans le domaine.

Le travailleur a la responsabilité d'initier la démarche de demande d'indemnisation à la CSST. Contrairement à des pratiques en place dans d'autres pays telle la France, pour pouvoir être indemnisés pour d'autres cancers que les trois reconnus par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, les travailleurs du Québec doivent établir la preuve d'un lien entre l'exposition à divers produits avec les différents postes occupés au cours de leur vie au travail. Ceci implique que le travailleur ou le médecin traitant doit faire la démonstration du lien possible entre la forme de cancer et le travail, ce qui est rarement fait, et doit documenter ce lien.

Une réflexion... Les cancers professionnels sont, dans une très large mesure, des maladies évitables[231].

²⁸ Par exemple, en France (Abadia et al. - INRS, 2008) (voir annexe 4).

**Nombre d'agents cancérigènes dans l'environnement de travail
par site corporel et selon le degré de preuve**

Site	Preuve		Site	Preuve	
	++	+		++	+
Nez, nasopharynx	2	2	Mélanome	1	0
Nasopharynx	1	0	Peau, non-mélanome	7	4
Œsophage	0	2	Vessie	3	10
Foie	3	2	Rein	0	1
Pancréas	0	1	Col utérin	0	1
Larynx	2	1	Cerveau	1	2
Poumon	12	11	Thyroïde	1	0
Mésotéliome	2	0	Lymphome NH	0	4
Os	1	0	Leucémie	3	3

Source : Siemiatycki, J. (2005), p. 22 [232]

Les services de santé publique en santé au travail

Les services de santé au travail dans la région sont offerts dans le cadre d'un contrat entre l'Agence, plus particulièrement sa DSPE, et la CSST comme prévu par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

Les services locaux offerts par quatre équipes coordonnées par le CSSS de Montmagny-L'Islet :

- visent principalement à réduire et prévenir les problèmes de santé, à diminuer ou contrôler l'exposition des travailleurs à divers facteurs de risques ou agresseurs (dont les produits cancérigènes), à informer et soutenir les milieux de travail pour la mise en place de moyens préventifs et à maintenir des services adéquats de premiers secours et premiers soins au moyen d'un programme de santé spécifique à chaque établissement desservi;
- sont fournis par des équipes formées de médecins, d'infirmières, de techniciens en hygiène du travail assistés d'hygiénistes du travail et d'un ergonome.

Les services régionaux, offerts par la DSPE, sont :

- Services de protection en enquêtant dans certains milieux de travail à partir de MADO ou des signalements.
- Services de promotion de la santé au travail, de surveillance des lésions occupationnelles et de l'exposition des travailleurs en plus d'évaluation de programme ainsi qu'un soutien et une assistance professionnelle auprès des services locaux et autres partenaires.
- Prestation de certains services auprès des établissements non couverts par les services locaux.
- Lien avec les autres régions du Québec pour des services harmonisés, équitables et une expertise régionale.

4.2.1 LES CANCERS D'ORIGINE OCCUPATIONNELLE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Parmi les produits ou risques cancérigènes en milieu de travail, l'amiante demeure encore un problème que ce soit par suite d'une exposition antérieure, comme c'est le cas pour plusieurs mineurs ou travailleurs des moulins, ou d'une d'exposition plus récente dans le cas de travailleurs du secteur de la construction[234].

L'amiantose, la maladie la plus connue et la plus répandue, n'est pas la seule maladie causée par l'amiante. Il y a aussi des cancers dont le principal est le mésothéliome. D'ailleurs, l'exposition à l'amiante est le principal facteur de risque du mésothéliome puisque, selon la littérature scientifique, elle est responsable d'environ 80 % des cas. Cette forme de cancer, agressive et rare, touche le plus souvent la plèvre²⁹. Elle peut aussi atteindre le péritoine³⁰ ou le péricarde³¹.

Un travailleur exposé à l'amiante a cinq fois plus de risque de développer un cancer pulmonaire qu'un travailleur qui n'a pas été exposé. Chez les travailleurs de l'amiante, le risque de cancer du poumon est particulièrement plus élevé chez un fumeur que chez un non-fumeur. Chez les travailleurs fumeurs exposés à l'amiante, le risque est multiplicatif, c'est-à-dire qu'il est augmenté de 10 fois plus que le risque chez les non-fumeurs, soit un risque 50 fois (53,24/1) plus grand de développer un cancer du poumon comparés aux travailleurs non-fumeurs et non exposés à l'amiante[141].

Risques relatifs de développer un cancer pulmonaire à la suite d'une exposition à l'amiante

	N'est pas un travailleur de l'amiante	Travailleur de l'amiante
Non-fumeur	1	5,2
Fumeur	10,9	53,9

Source : Hammond, E.C. et al. (1979)[141].

Dans ce contexte, la cessation tabagique des travailleurs de l'amiante prend encore plus d'importance.

Trois sources de données ont été utilisées pour décrire les différents cancers qui affectent des travailleurs de Chaudière-Appalaches en milieu de travail :

- le fichier des lésions professionnelles acceptées et indemnisées par la CSST en fonction des découpages établis dans l'infocentre de santé publique;
- les cancers déclarés à titre de MADO au directeur de santé publique et saisies dans le fichier provincial des MADO chimiques;
- les résultats d'analyse du fichier des tumeurs du Québec.

²⁹ Enveloppe des poumons.

³⁰ Enveloppe de l'abdomen.

³¹ Enveloppe du cœur.

4.2.1.1 Les travailleurs indemnisés par la CSST

En Chaudière-Appalaches, entre 1997 et 2006, au total 39 travailleurs ont été indemnisés par la CSST pour des cancers d'origine professionnelle. De ce nombre, 23 travailleurs ont été indemnisés par la CSST en raison de mésothéliomes entre 1997 et 2006. Près de la moitié (12/23) d'entre eux se retrouvent dans le secteur minier. On en retrouve aussi une forte proportion, soit 40 % (9/23) dans la fabrication d'équipement de transport, en l'occurrence le chantier naval.

Au total, ce nombre pourrait être sous-estimé puisque 40 % (187/458) de tous les travailleurs indemnisés pour cancers par la CSST au cours de la période étudiée ne pouvaient être attribués à une région en particulier, sous-estimant donc leur répartition selon les régions.

Nombre de travailleurs d'établissements de Chaudière-Appalaches indemnisés par la CSST pour mésothéliome (31001) entre 1997 et 2006

Secteur d'activités économiques	Réseau local de santé		TOTAL
	Du Littoral	De l'Amiante	
01 Bâtiment et travaux publics	1		1
04 Mines, carrières et puits de pétrole		12	12
08 Fabrication d'équipement de transport	9		9
21 Autres services commerciaux et personnels	1		1
TOTAL région	11	12	23
Total le reste du Québec			244

Source : Données CSST à partir de l'Infocentre de santé publique; R. M, juillet et octobre 2009

On note aussi que 16 travailleurs ont été indemnisés au cours de la même période pour des tumeurs malignes, probablement des cancers pulmonaires. La grande majorité des cas sont des travailleurs du secteur minier. Quelques autres cas proviennent des secteurs de la construction (bâtiment et travaux publics), du bois, de la première transformation des métaux (fonderies) et de la fabrication d'équipement de transport (chantier naval).

**Nombre de travailleurs d'établissements de Chaudière-Appalaches
indemnisés par la CSST pour tumeur maligne (cancer pulmonaire) (31000)
entre 1997 et 2006**

Secteur d'activités économiques	Réseau local de santé			TOTAL
	Du Littoral	De l'Amiante	De Beauce	
01 Bâtiment et travaux publics	1			1
04 Mines, carrières et puits de pétrole		10		10
06 Industrie du bois (sans scierie)			1	1
08 Fabrication d'équipement de transport	1			1
09 Première transformation des métaux		1		1
21 Autres services commerciaux et personnels		2		2
TOTAL- région	2	13	1	16
Total le reste du Québec				172

Source : Données CSST à partir de l'Infocentre de santé publique; Martin, R., juillet et octobre 2009.

Les cancers du larynx et de l'œsophage[235] pourraient aussi être liés à une exposition à l'amiante, mais ils n'apparaissent pas dans les données produites par la CSST. Pour l'ensemble du Québec, parmi tous les cancers indemnisés, soit 458 travailleurs au total, en plus des mésothéliomes et des tumeurs malignes, il y a eu deux cas pour tumeurs bénignes.

4.2.1.2 Les cancers déclarés au directeur de santé publique

La déclaration obligatoire de maladies professionnelles, MADO, existe depuis plusieurs années, mais elle a fait l'objet de changements majeurs en novembre 2003 par suite de l'adoption des Règlements d'application de la *Loi sur la santé publique* en 2001. À ce moment-là, plusieurs maladies liées au travail se sont ajoutées.

Sur la base de cette loi, le directeur de santé publique a reçu un certain nombre de déclarations, obligatoires légalement, de la part de médecins (pneumologues, pathologistes) pour des maladies liées à l'amiante dont deux types de cancers : cancer du poumon et mésothéliome. Par contre, les cas faisant l'objet d'une déclaration ne constituent pas l'ensemble des cas prévalents d'une maladie, en raison de la sous-déclaration existante. Les cas déclarés incluent des travailleurs qui travaillent ou ont travaillé dans la région, mais comportent aussi des travailleurs qui y résident sans nécessairement y avoir travaillé.

Les cas des cancers déclarés proviennent principalement du Comité spécial sur les maladies pulmonaires professionnelles, composé des présidents des comités de la CSST établis sur la base de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Les cas déclarés seront ceux reconnus par ce comité de pneumologues experts. Ce sont soit des nouveaux cas indemnisés par cet organisme, soit des cas indemnisés dans le passé et réévalués par suite d'une aggravation de leur état ou de leur décès. D'ailleurs, l'âge relativement élevé des cas déclarés correspond à ces situations.

**Nombre de travailleurs d'établissements de Chaudière-Appalaches
pour lesquels une déclaration de MADO a été faite au directeur de santé publique entre
2007 et septembre 2009
(en fonction de la date de déclaration)**

Maladie	Sexe	Groupe d'âge	2007	2008	2009	TOTAL
Cancer du poumon lié à l'amiante	Masculin	50-54 ans	1	0	0	1
		55-59 ans	1	0	0	1
		60-64 ans	0	0	1	1
		65-69 ans	1	1	0	2
		70-74 ans	0	4	0	4
		75-79 ans	0	0	1	1
		80 ans et +	3	0	0	3
<i>Sous-total</i>			6	5	2	13
Mésothéliome	Féminin	75-79 ans	0	1	0	1
	Masculin	55-59 ans	0	3	0	3
		60-64 ans	0	2	0	2
		65-69 ans	2	1	1	4
		70-74 ans	0	0	1	1
		75-79 ans	3	2	1	6
		80 ans et +	2	2	0	4
<i>Sous-total</i>			7	11	3	21
TOTAL des déclarations pour cancers (MADO) liés à l'amiante	Région		13	16	5	34
	Le reste du Québec		81	68	52	201

Source : Fichier provincial MADO chimiques en date du 17 mars 2010, C. L.-D.

4.2.1.3 Le fichier des tumeurs du Québec

Selon les données du fichier des tumeurs du Québec, 144 nouveaux cas de mésothéliomes de la plèvre (33 femmes, 111 hommes) ont été diagnostiqués entre 1982 et 2002 dans la région de la Chaudière-Appalaches[236]. La tendance annuelle est à l'augmentation, ce qui permet de postuler qu'au moins la moitié de ces cas ont été diagnostiqués entre 1993 et 2002 (période de 10 ans), soit 77 cas. La littérature scientifique sur le mésothéliome de la plèvre montre que chez 70 % à 90 % des personnes souffrant de ce cancer, il est possible de documenter une exposition antérieure à l'amiante[237]. Il est donc vraisemblable que le nombre de cas indemnisés par la CSST entre 1997 et 2006 selon le fichier des lésions professionnelles sous-estime grandement le nombre réel de mésothéliomes professionnels dans la région. Les MADO récentes semblent le confirmer.

Saviez-vous que... pour les cancers dans l'environnement de travail, on constate :

- une sous-estimation du nombre de cas de cancers liés au travail?
- que les cancers directement admissibles à une indemnisation par la CSST sont peu nombreux?
- qu'il est difficile de faire le lien entre exposition au travail et cancer?
- que ces liens sont peu connus des médecins-traitants et des travailleurs?

4.2.2 L'EXPOSITION À DES PRODUITS CANCÉROGÈNES EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Il n'existe pas de portrait global fiable de l'exposition des travailleurs aux produits cancérigènes présents dans les milieux de travail de Chaudière-Appalaches. Par contre, la DSPE et le CSSS ont réalisé un bilan de l'exposition des travailleurs à l'amiante et disposent d'un registre des situations impliquant des produits cancérigènes dans des établissements desservis sur la base d'un programme de santé.

4.2.2.1 *L'exposition des travailleurs des mines à l'amiante chrysotile*

La DSPE s'est intéressée à l'exposition des travailleurs miniers à la fin des années 1990 à partir des données recueillies par les deux mines de l'époque. La stratégie d'échantillonnage appliquée par les compagnies a fait l'objet d'une acceptation par les membres du comité de santé et de sécurité. Le plan d'échantillonnage appliqué servait à évaluer de manière rationnelle l'exposition des travailleurs à la poussière d'amiante et à assurer le maintien des meilleurs moyens de contrôle de la qualité de l'air ambiant dans les opérations[238]³². Les données issues de la surveillance environnementale exercée par les mines étaient et sont transmises annuellement au comité de santé et de sécurité de l'entreprise ainsi qu'à la CSST.

Le portrait des résultats d'échantillonnage a été réalisé de façon distincte pour chacune des mines. Dans une des entreprises, la DSPE avait constaté en 2001 que 676 échantillons avaient été faits au cours des 5 années précédentes pour 57 titres d'emplois totalisant un maximum de 512 travailleurs. Au cours de ces 5 années, 39 dépassements de la norme québécoise, soit 1 fibre par centimètre cube avaient été notés. Pour les travailleurs surexposés, l'étendue de la surexposition avait varié de 1,01 jusqu'à 4,75 fibre par centimètre cube[238].

Dans l'autre mine, un total de 248 échantillons avaient été faits au cours des 5 années, de 1995 à 2000, et ce, pour environ 47 titres d'emplois représentant un maximum de 350 travailleurs. Durant les 5 années, 35 dépassements de la norme ont été observés avec une variation entre 1,02 fibre par centimètre cube et 5,15 fibres par centimètre cube[238].

³² La durée des échantillonnages a varié selon la variation dans l'emploi occupé (travailleurs sédentaires : 2 heures et ceux dont le travail varie : 4 heures). Le nombre de travailleurs échantillonnés est de 2 pour les groupes (titres d'emplois) composés de moins de 25 travailleurs et 10 % lorsqu'un groupe est supérieur à 25. Mais le nombre a pu varier selon le nombre de travailleurs dans chaque classification et l'exposition potentielle (20 % des travailleurs dans une classification). La durée qui est de 2 à 4 heures pourra être de 4 à 8 heures. Les postes fixes sont mesurés une fois par année et si le résultat est inférieur au quart de la norme : l'échantillonnage n'a été fait qu'une fois par 2 ans. Le décompte des fibres est fait par le personnel syndiqué des mines et a été soumis à un programme de contrôle de qualité du dénombrement des fibres[238].

Quant aux postes de travail (titres d'emploi) les plus exposés, ils varient selon les entreprises. Le tableau suivant en fournit un résumé.

Postes de travail (titres d'emploi) en surexposition, entre 1995 et 2000, dans les mines d'amiante de Chaudière-Appalaches selon les écarts notés dans les résultats

Établissement # 1		Établissement # 2	
Postes de travail selon les titres d'emplois	Exposition (f/cc ¹)	Postes de travail selon les titres d'emplois	Exposition (f/cc ¹)
1. Homme de plancher	1,06 à 4,75	1. Soudeur de surface	2,37 à 5,15
2. Mécanicien d'entretien au moulin	1,27 à 3,50	2. Mineur à l'abattage	1,02 à 4,24
3. Ensacheur	1,01 à 3,42	3. Conducteur de camion de halage	1,14 à 3,18
4. Opérateur de moulin	1,17 à 2,12	4. Homme de plancher	1,07 à 2,57
		5. Mineur au développement	2,07
		6. Opérateur de moulin	1,69

1. Fibre par centimètre cube.

Source : Turcot, A. et Roberge, L. (2001), p. 17-18 [238].

Enfin, la DSPE et le CLSC avaient alors constaté que, pour la période étudiée, les valeurs mesurées d'exposition à l'amiante se situaient habituellement sous la norme québécoise mais souvent au-dessus de la valeur de 0,1 fibre par centimètre cube suggérée ou utilisée par d'organismes crédibles tels American Conference of Industrial Hygienists, Occupational Safety Health Administration aux États-Unis et la Communauté européenne. Lorsque des dépassements de la norme québécoise étaient mesurés, des mesures de correction spécifiques étaient alors appliquées. Par contre, ils constataient qu'il n'était pas possible d'établir un profil d'exposition à l'amiante en fonction des différents métiers, permettant notamment d'établir le nombre de travailleurs exposés par niveau d'exposition[238]. Les auteurs reconnaissaient qu'il existait

à partir des nombreux résultats des bilans annuels une grande variabilité dans l'exposition des travailleurs pour un même poste d'emploi au cours des différentes années. Aussi pour obtenir un profil d'exposition par corps d'emploi qui permettrait, tenant compte de la variabilité de l'exposition et de la puissance statistique nécessaire, d'estimer de façon plus précise l'exposition réelle et ainsi connaître le risque par corps d'emploi.(...)[239].

Ils ont d'ailleurs recommandé de réaliser des études plus poussées à partir des données brutes existantes[239].

Saviez-vous que... le lien entre exposition à des agents cancérigènes au travail et l'apparition d'un cancer est souvent difficile à établir en raison du temps de développement de la maladie?

4.2.2.2 L'exposition à l'amiante dans les autres secteurs d'activité économique

Il est important de mentionner que des travailleurs peuvent être exposés à l'amiante dans des secteurs industriels[240] et dans le secteur du Bâtiment et des travaux publics (ou construction). Dans la région de la Chaudière-Appalaches, il y avait en 2006, un établissement avec de l'amiante dans ses procédés ou huit dont les équipements utilisés (mitaines, couvertures, etc.) contenaient de l'amiante. La situation est inconnue en 2010. Par ailleurs, le secteur du Bâtiment et des travaux publics est particulièrement

problématique, car les travailleurs peuvent fréquemment subir des expositions à l'amiante à leur insu. Ainsi, des actions préventives du réseau, en concertation avec la CSST, sont prévues dans les prochains années.

4.2.2.3 Le registre des surexpositions

Dans le cadre de l'implantation de la démarche provinciale sur le signalement systématique des situations de surexpositions des travailleurs, l'équipe locale de santé au travail du CSSS de Montmagny-L'Islet s'est dotée d'un registre des surexpositions en y intégrant par la même occasion un volet pour les expositions à des cancérrogènes cotés C1 (démonstré chez l'humain) et C2 (soupçonné chez l'humain) dans le Règlement sur la santé et la sécurité du travail du Québec³³. Tout en étant à sa première année d'implantation, ce registre vise à colliger les informations inscrites dans les dossiers des établissements dotés d'un PSSE, sur des situations connues de 2000 à nos jours.

En date du 28 janvier 2009, on y recensait quelque 447 travailleurs de 17 établissements différents exposés à des niveaux plus ou moins élevés à l'un des cancérrogènes parmi les 5 actuellement inscrits dans le registre et identifiés dans leur milieu de travail, soit le formaldéhyde, la silice cristalline, l'amiante chrysotile, le chrome hexavalent présent dans les fumées de soudage et le béryllium.

Nombre de travailleurs exposés à des agents cancérrogènes listés dans le registre des surexpositions provenant de 17 établissements (au 28 janvier 2009)

	Nombre de travailleurs
Béryllium	1
Amiante chrysotile	250
Chrome VI hydrosolubles	1
Chrome VI insoluble (Cr)	20
Chlorure de méthylène (Dichlorométhane)	1
Formaldéhyde	147
Silice cristalline quartz	27
TOTAL	447

Cent quarante-sept travailleurs de sept établissements différents étaient exposés à la formaldéhyde. Typiquement, il s'agit de travailleurs de l'industrie du plastique exposés à des niveaux généralement très faibles (entre 1 % et 20 % de la norme du Règlement sur la santé et la sécurité du travail), parfois même difficilement mesurables. Malgré cela, l'exposition à ce produit est spécifiquement identifiée dans les PSSE et des recommandations sont faites pour chercher à réduire au maximum les expositions via par exemple la mise en place de ventilation et d'aspiration à la source, comme le Règlement sur la santé et la sécurité au travail l'exige.

Vingt-sept travailleurs de sept établissements différents étaient exposés à de la silice cristalline au-delà de la norme (entre 1 fois et 2,65 fois la norme) prescrite par le règlement sur la santé et la sécurité au travail. La CSST en a été informée et chacune de ces situations de surexposition des travailleurs est en voie d'être corrigée, si ce n'est déjà fait.

³³ La classification des agents cancérrogènes dans le Règlement sur la santé et la sécurité du travail du Québec n'est jamais totalement à jour avec les avis et recherches du CIRC.

Lorsque la situation économique fait en sorte qu'il y a du travail dans le secteur des mines, il y a un peu plus de 250³⁴ travailleurs qui seraient exposés à des fibres d'amiante chrysotile. Ces derniers sont toutefois exposés sous la norme du Règlement sur la santé et la sécurité du travail du Québec et leur établissement fait l'objet d'un PSSE.

Dans un établissement, on dénombre 20 travailleurs exposés à du chrome hexavalent via les fumées de soudage à des niveaux qui se rapprochent parfois de la norme du Règlement sur la santé et la sécurité du travail tandis que dans un autre établissement, un soudeur est exposé légèrement au-dessus de la norme pour le béryllium. Comme dans les autres cas, un PSSE est en place et des recommandations ont été faites pour tenter de réduire au mieux l'exposition des travailleurs aux fumées de soudage.

En étant à sa première année d'existence, le registre régional n'a pas la prétention de représenter le portrait complet et exact des expositions professionnelles aux produits cancérigènes, loin de là. En effet, Siemiatycki[241] recensait 28³⁵ agents cancérigènes professionnels démontrés chez l'humain, 27 probables et 113 possibles. Il a cependant le mérite de systématiser la connaissance que l'on a des expositions de travailleurs à des cancérigènes et il s'avère un outil de suivi pour les cas de surexposition afin qu'ils soient pris en charge et qu'ils soient éventuellement contrôlés par les milieux de travail avec l'assistance des services locaux de santé au travail.

Parmi les avenues de solution, soulignons que les intervenants de santé au travail priorisent d'abord la réduction à la source. Lorsque possible, la substitution d'un produit cancérigène par un autre produit qui ne l'est pas constitue un bon exemple de solution à privilégier. Outre les efforts de réduction à la source, l'optimisation de la ventilation, l'aspiration à la source ainsi que le port d'équipement de protection individuelle (masques, casque ventilé, gants, vêtements étanches, etc.) constituent des avenues additionnelles de réduction de l'exposition des travailleurs.

4.2.2.4 *L'exposition à l'amiante en milieu scolaire*

En 1997, pour faire suite aux travaux d'un comité interministériel sur l'amiante, le MSSS a mis en place un Comité aviseur sur l'exposition à l'amiante au Québec. Dans le cadre des travaux de ce comité, le milieu scolaire³⁶, et particulièrement les bâtiments contenant de l'amiante, ont été considérés comme une priorité à étudier en raison de la présence de nombreux élèves, de leur âge et du temps de latence des maladies liées à l'amiante et de l'exposition potentielle de certains travailleurs, ouvriers comme enseignants.

³⁴ Estimation faite sur la base d'une exposition quotidienne moyenne égale ou supérieure à 0,1 fibre par centimètre cube (telle qu'elle est recommandée par OSHA, NIOSH et ACGIH).

³⁵ Il y en a actuellement 29 depuis que l'OMS et le CIRC ont ajouté le formaldéhyde en 2006 (WHO et IARC, 2006).

³⁶ Il faut savoir que, depuis 1990, au Québec, le Règlement sur la santé et la sécurité du travail du Québec (via l'article 41), interdit l'utilisation de l'amosite et de la crocidolite ou d'un produit contenant l'une ou l'autre de ces matières, sauf si leur remplacement n'est pas pratiquement réalisable. Comme ces matières étaient le plus utilisées pour le flocage et le calorifugeage dans les bâtiments, en plus du chrysotile bien sûr, cette interdiction s'applique à l'usage de ces matières partout, incluant tous les édifices depuis 1990.

Ainsi, entre mars 1998 et janvier 1999, une vaste opération pilotée par le ministère de l'Éducation du Québec et le MSSS avec divers partenaires, a visé une gestion sécuritaire de l'amiante dans ce milieu. Cette opération avait comme objet :

- que les commissions scolaires identifient les bâtiments scolaires où il y a un flochage³⁷ d'amiante, incluant une caractérisation du type de fibres présent;
- que les équipes de santé publique évaluent qualitativement l'état de conservation du flochage;
- et, lorsque nécessaire, que les commissions scolaires, avec l'aide financière du ministère de l'Éducation du Québec, mettent en place des correctifs ainsi qu'un suivi de l'opération.

Dans la région, en 1999, 33 établissements scolaires, provenant des 4 commissions scolaires, totalisaient 259 locaux avec flochage d'amiante. Parmi ceux-ci, seulement 11 locaux avaient une situation nécessitant des interventions à court terme (« cote 3 ») en raison de la dégradation des matériaux[242].

Les cotes sont basées sur l'état général des dommages, l'accessibilité, la friabilité et la dispersion :

- Cotes 1 et 2 : matériaux non détériorés ou commençant à se dégrader et qui nécessitent des mesures de surveillance périodique et d'entretien préventif;
- Cote 3 : matériaux dégradés qui nécessitent des mesures correctives dans les meilleurs délais, selon un échéancier établi par les commissions scolaires.

En septembre 1999, la DSPE rapportait que tous les locaux avec une cote 3 avaient fait l'objet de mesures concrètes (déplacement d'activités, modification de pratiques et mesures de protection des travailleurs) afin de limiter l'exposition des élèves et du personnel aux fibres d'amiante[243].

Par ailleurs, un bilan ultérieur[244] présente une situation qui aurait peu évoluée. Notons que trois locaux dans trois bâtiments ont été l'objet d'une intervention réalisée avant l'attribution d'une cote ou pour répondre à une situation particulière et ne sont pas inclus dans le bilan de 2005.

Situation des bâtiments et locaux avec flochage d'amiante et cote 3 dans les écoles primaires et secondaires de la région

Commission scolaire	Avec flochage d'amiante - COTE 3 - au 24 janvier 2005	
	Nombre de bâtiments	Nombre de locaux
De la Côte-du-Sud	1	6
De l'Amiante	0	0
De la Beauce-Etchemins	1	1
Des Navigateurs	4	6
TOTAL	6	13

Source : Ministère de l'Éducation (2005), p. 2 [245]

³⁷ Flochage : Agglomération de fibres d'amiante par un liant et application subséquente par projection à des fins de protection contre le feu et d'amélioration acoustique[242].

En plus des interventions directes qui visaient la correction, des actions de formation ainsi que du soutien de la part de divers intervenants ont été réalisés. À titre d'exemple, des formations ont été organisées et sont disponibles à l'intention du personnel affecté à l'entretien et à la réparation des bâtiments par la Fédération des commissions scolaires du Québec, en collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec et la CSST[244].

4.2.2.5 *Les autres expositions potentielles*

D'autres produits cancérigènes peuvent affecter les travailleurs de la région. Pour fournir un aperçu des agents cancérigènes et des emplois ou secteurs potentiels concernés, 20 des 29 agents cancérigènes démontrés pour l'humain sont présentés à l'annexe 4. Ils ont été sélectionnés sur la base de leur présence probable dans la région.

Il convient de porter une attention particulière à la silice cristalline classée comme cancérigène chez l'humain par le CIRC. Celle-ci peut causer le cancer du poumon chez les travailleurs exposés, particulièrement s'ils sont porteurs de silicose. Ce lien causal, vraisemblablement méconnu, est fortement sous-estimé au Québec. En effet, très peu de cas de cancer du poumon causé par la silice apparaissent dans le fichier des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST (12 tumeurs malignes dues à la silice entre 1997 et 2007 dans l'ensemble du Québec, dont 3 cas en Chaudière-Appalaches). Puis, dans le fichier des MADO on note qu'il y a eu, entre 2006 et 2009, minimalement cinq cas de cancer du poumon liés à la silice dans la région. Ceci indique certainement une faible reconnaissance du problème. En effet, l'OMS estime qu'il y a eu 30 000 décès en 2000 dus au cancer du poumon causé par la silice, davantage que ceux causés par l'amiante (estimés à 22 000)[246]. L'Organisation internationale du travail a d'ailleurs lancé un programme global d'élimination de la silicose[247, 248], ce qui par le fait réduirait, voire éliminerait le risque de cancer.

Bien qu'il n'y ait pas d'estimation du nombre de travailleurs exposés à la silice cristalline, il est possible d'identifier les principaux secteurs d'activité économique à risque. À cet égard, les travailleurs du secteur du Bâtiment et des travaux publics (ou construction) sont particulièrement à risque de développer la silicose, et donc le cancer du poumon causé par la silice. Ainsi, la CSST a inclus depuis quelques années dans son Plan d'action construction la tolérance zéro pour l'exposition à l'amiante et la silice dans ce secteur[249]. Le cahier des charges du réseau de la santé au travail prévoit des interventions préventives dans le Bâtiment et des travaux publics au regard de l'amiante et de la silice.

Saviez-vous... quels sont les problèmes avec les agents cancérigènes dans l'environnement de travail?

- Le travail est le lieu où on est le plus susceptible de retrouver de tels agents.
- Il manque d'information dans les milieux de travail.
- On relève peu d'implication des employeurs et des travailleurs à les identifier.
- On relève l'absence d'un portrait et d'un suivi de la situation.

4.2.3 LES ACTIONS PRÉVENTIVES RÉGIONALES FACE AUX CANCERS CAUSÉS PAR LE TRAVAIL

Les actions actuelles

Les agents cancérigènes, lorsqu'ils sont identifiés comme présents en milieu de travail par les intervenants du réseau local de santé au travail, font l'objet d'actions via les PSSE. Ils donnent alors lieu à des recommandations visant à éliminer (par exemple substitution de produits) ou diminuer au plus bas niveau possible l'exposition des travailleurs. Des activités d'information aux employeurs, aux travailleurs et aux comités de santé et de sécurité sont aussi réalisées[250].

Le registre régional constitue également un élément de surveillance de ces produits afin d'évaluer l'évolution dans le temps du nombre de travailleurs exposés parmi les établissements ayant fait l'objet du PSSE.

Exemples de mesures de prévention

Mesures de prévention
Identifier les produits présents au travail.
Vérifier la possibilité de les remplacer ou substituer les produits présents au travail.
Si substitution non possible, contrôler ou limiter l'exposition (ventilation, aspiration, captation) et le contact des travailleurs (isolement du procédé, vêtements étanches, etc.) avec les agents cancérigènes.
Assurer un suivi de la situation.
Informers les travailleurs et les employeurs sur les risques, les solutions (mesures de protection).
Vérifier l'évolution des actions (surveillance).

Les actions futures : des recommandations

❖ *Développer un plan d'ensemble pour les milieux de travail*

Globalement, il faut retenir que les expositions aux produits cancérigènes en milieu de travail peuvent être prévenues, mais que des stratégies doivent être prioritaires[230]. Ainsi, dans le cadre d'une analyse, un plan d'action de prévention des cancers professionnels a été élaboré[250]. L'implantation d'un tel plan exige notamment la mise en place d'une concertation accrue avec la CSST et les associations sectorielles paritaires concernées. Les services locaux de santé au travail pourraient soutenir d'une manière optimale des milieux de travail dans l'identification et la quantification des matières cancérigènes, et pour réduire l'exposition des travailleurs aux dites matières.

❖ *Impliquer tous les milieux de travail dans la vérification des fiches signalétiques*

Les établissements et les employeurs peuvent assumer un contrôle dans le choix des produits utilisés. Ce rôle pourra davantage être exercé avec le soutien des services locaux de santé au travail.

❖ **Mieux soutenir les milieux par des services directs**

Dans le cadre de recommandations d'un comité national d'experts visant à réduire ou éliminer les produits cancérigènes, il semble que les services directs dispensés auprès des établissements montrent une bonne efficacité par le biais des visites des hygiénistes (ou ressources en hygiène du travail) ainsi que par l'aide fournie pour l'identification des produits cancérigènes et par les informations fournies aux comités de santé et de sécurité et aux entreprises[10].

Les difficultés rencontrées en milieu de travail, lorsqu'on tente d'appliquer des solutions pour le contrôle ou la substitution de produits cancérigènes dans les procédés de fabrication, se doivent d'être réduites.

Par ailleurs, il existe des programmes gouvernementaux qui peuvent aider financièrement les entreprises vers une transition lors de la recherche de produits moins nocifs pour la santé³⁸. Or, ces programmes semblent peu connus. De même, il manque d'outils de vulgarisation et de soutien des milieux de travail sur la prévention des cancers causés par le travail comme il en existe ailleurs dans le monde³⁹. Conséquemment, il y aurait lieu que les milieux de travail disposent d'informations adéquates sur le contrôle, la substitution et les programmes gouvernementaux d'aide à la transition.

❖ **Mieux intégrer les interventions et mieux protéger les travailleurs**

La CSST dispose de moyens permettant le contrôle ou la substitution des agents cancérigènes en s'assurant du respect de certains articles de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Il suffit de penser au registre des postes de travail identifiant les contaminants et matières dangereuses (art. 52) et celui sur les mesures à prendre pour protéger la santé, la sécurité physique et l'intégrité physique des travailleurs (art. 51). Cet article prévoit notamment des méthodes de contrôle du risque (art. 51.5), l'obligation de s'assurer qu'un contaminant ne porte pas atteinte à la santé ou à la sécurité des travailleurs (art. 51.8), l'information à donner aux travailleurs sur les risques (art. 51.9), la fourniture de la protection tant collective que personnelle (art. 51.11) et la communication à diverses instances dont les travailleurs de la liste des matières dangereuses utilisées dans l'établissement et des contaminants pouvant y être émis (art. 51.13).

Dans le cadre de la mise en place d'un plan d'action efficace, des actions concrètes et concertées avec la CSST sont nécessaires[250].

³⁸ Par exemple, « Au Québec, le programme Enviroclub, qui offre un soutien technique et financier aux petites et moyennes entreprises, connaît beaucoup de succès. Il résulte d'un partenariat entre Environnement Canada et le secteur privé. Le programme fournit un expert-conseil à des regroupements d'une quinzaine d'entreprises dans une région ou un secteur donné, qui réalisent des projets de prévention de la pollution. L'un des objectifs du programme est le remplacement des substances toxiques ou la réduction de leur utilisation »[9].

³⁹ Fiche d'aide au repérage et fiche d'aide à la substitution élaborées et diffusées notamment par la Caisse régionale d'assurance-maladie d'Île-de-France.

❖ ***Développer la surveillance des expositions et des cancers : premier jalon d'une action plus efficace***

Dans la région, la présence d'agents cancérigènes en milieu de travail exige d'être mieux documentée et connue tant ceux prévus au Règlement sur la santé et la sécurité du travail du Québec (C1 et C2) que ceux des groupes 1 et 2A du CIRC. Les efforts actuels en ce sens doivent être maintenus, voire augmentés. Ainsi, le registre régional des surexpositions constitue un élément de surveillance de ces produits afin de vérifier, dans le temps, une diminution ou non du nombre de travailleurs exposés parmi les établissements ayant fait l'objet du PSSE. De plus, cet outil doit recenser les cancérigènes.

La DSPE se doit d'exercer une surveillance accrue des expositions en milieux de travail compte tenu de ses mandats légaux (Loi sur la santé publique, Loi sur les services de santé et les services sociaux et Loi sur la santé et la sécurité au travail) ainsi que de la surveillance des cancers professionnels[250]⁴⁰. Pour développer et mettre en place une surveillance adéquate des cancérigènes dans la région, les travaux pourraient bénéficier de liens avec les travaux provinciaux en cours (par exemple comité de surveillance de l'exposition du Système d'Information en Santé au Travail) et les organismes de recherche.

Dans la foulée des actions antérieures dans les édifices à vocation scolaire pour limiter et éviter des expositions potentielles à l'amiante, il y aurait lieu d'effectuer un suivi auprès des commissions scolaires afin de mieux connaître la situation qui y prévaut.

❖ ***Mieux informer les médecins traitants***

Les médecins traitants disposent de peu d'informations spécifiques sur la nature et les causes des cancers liées à certains secteurs d'activité ou emplois. De plus, ils n'ont pas toute l'information permettant de soutenir un travailleur atteint d'un cancer possiblement lié au travail et qui pourrait initier une demande d'indemnisation auprès de la CSST. D'ailleurs, il y a peu d'indemnisations de cancers liés au travail et peu de cancers sont reconnus être liés au travail par la CSST sur la base des dispositions réglementaires actuelles.

❖ ***Développer la promotion de la santé et la prévention des cancers en milieu de travail***

Au cours des prochaines années, il serait souhaitable de mieux intégrer la promotion de la santé et la prévention des cancers en milieu de travail par des programmes tels que le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION (voir glossaire).

⁴⁰ « Le recueil de données en surveillance de la santé et en surveillance des dangers [liés au cancer] devrait être encouragé, et ces données devraient être disponibles depuis un réseau et un centre de renseignements gérés centralement »[9].

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : l'exposition aux produits cancérogènes au travail
Créer des milieux favorables	Consolider les actions auprès des milieux de travail par le biais des PSSE.
	S'assurer d'un suivi et de la mise en œuvre d'interventions directes qui visent la correction des locaux avec flocage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires de la région.
	Développer dans les établissements et auprès des employeurs les compétences pour vérifier les fiches signalétiques des cancérogènes prioritaires (Groupes 1 et 2A) pour qu'ils respectent les exigences de divulgation.
Renforcer l'action communautaire	
Acquérir des aptitudes individuelles	
Réorienter les services de santé	Consolider le partenariat de la DSPE tant avec les partenaires locaux qu'avec les partenaires provinciaux.
	Soutenir les milieux de travail afin qu'ils puissent mieux prendre en charge l'identification des produits cancérogènes et leur substitution.
	Mieux soutenir les médecins traitants lors des réclamations à la CSST pour les cancers possiblement reliés au travail.
	Contribuer à développer le soutien des milieux de travail par des services directs : <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des activités de soutien à l'identification des produits cancérogènes. • Informer les travailleurs et les employeurs sur les cancérogènes et les programmes gouvernementaux d'aide au remplacement de substances toxiques. • Développer des outils adaptés aux besoins en considérant les modèles et contenus existants ailleurs dans le monde
	Travailler en partenariat pour une meilleure utilisation du registre des surexpositions notamment pour inclure les cancérogènes des groupes 1 et 2A.
	Réaliser un portrait sur l'exposition à l'amiante et à la silice en collaboration avec l'INSPQ.
	Intégrer la promotion de la santé et la prévention des cancers aux interventions préventives en milieu de travail.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

LES PRIORITÉS DE L'EXPOSITION AU TRAVAIL

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : l'exposition aux produits cancérigènes au travail
Créer des milieux favorables	S'assurer d'un suivi et de la mise en œuvre d'interventions directes qui visent la correction des locaux avec flochage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires de la région.
Réorienter les services de santé	Soutenir les milieux de travail afin qu'ils puissent mieux prendre en charge l'identification des produits cancérigènes et leur substitution.
	Mieux soutenir les médecins traitants lors des réclamations à la CSST pour les cancers possiblement reliés au travail.
	Intégrer la promotion de la santé et la prévention des cancers aux interventions préventives en milieu de travail.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

4.3 L'EXPOSITION PAR DES AGENTS INFECTIEUX

Certains virus et bactéries peuvent augmenter les risques de cancer[7]. Dans le cadre du présent rapport, on traitera de quatre infections ayant un impact sur le nombre de nouveaux cas de cancer et pour lesquelles des interventions de prévention reconnues efficaces existent, soit :

- les infections par le VPH;
- les hépatites virales, particulièrement celles causées par les virus des hépatites B et C;
- l'infection par le VIH.

4.3.1 LE CANCER EN LIEN AVEC CERTAINES MALADIES VIRALES

Le cancer du col utérin

L'infection persistante par certains génotypes du VPH est reconnue comme le principal agent causal du cancer du col utérin. Des études ont démontré qu'il était présent dans 99,7 % des cas de cancer[251]. Il s'écoule habituellement plusieurs années, parfois des décennies, entre la première infection et un cancer invasif[251]. Plus rarement, l'infection peut causer d'autres types de cancer, par exemple le cancer de l'anus, du pénis et du vagin.

Au Québec, en 2008, on estimait à 280 le nombre de nouveaux cas de cancer du col chez les femmes et 70 le nombre de décès annuels. Ce cancer est au 13^e rang parmi les plus fréquents chez les femmes au Québec[251]. (voir Le dépistage du col utérin, section 5.3.3)

Le cancer du foie

La cirrhose augmente le risque de carcinome hépatocellulaire : parmi les personnes atteintes de cirrhose, de 1 à 4 % par année développeront un cancer du foie. Parmi les causes de cirrhose et de cancer du foie, on relève les hépatites virales chroniques (virus de l'hépatite B et de l'hépatite C).

La majorité des personnes infectées par le virus de l'hépatite C progresseront vers une infection hépatique chronique (85 %) entraînant une cirrhose du foie chez 20 à 50 % des personnes touchées.

Le carcinome hépatocellulaire peut survenir plusieurs décennies après le début de l'infection par le virus de l'hépatite B. Le risque de décéder d'une complication (hépatite chronique active, cirrhose ou carcinome hépatocellulaire) à la suite de cette infection est de 15 à 25 %[252].

Aux États-Unis, on estime que 78 % des cas de carcinome hépatocellulaire sont liés aux hépatites chroniques B et C[253].

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, pour la période 2003-2006, le cancer du foie et des voies biliaires représentent 1,6 % des nouveaux cas de cancer chez les femmes, soit, une moyenne de 15 nouveaux cas chaque année. Chez les hommes, il représente 2,0 % des nouveaux cas de cancer, soit une moyenne annuelle de 22 nouveaux cas. (voir section 6.1.2)

Autres cancers liés à l'infection par le VIH

Chez les personnes infectées par le VIH, la morbidité et la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) liées au cancer sont plus importantes que pour la population générale. Le nombre de nouveaux cas est nettement supérieur, que ce soit pour les cancers qui surviennent avec le développement du sida (lymphomes malins non Hodgkiniens, Kaposi, cancer du col) ou les cancers survenant chez les personnes infectées qui n'ont pas développé le sida même lorsqu'elles sont sous traitement avec les antirétroviraux (ex : cancer du poumon, du canal anal, maladie de Hodgkin, carcinome hépatocellulaire)[254-256].

Ces cancers survenant chez les personnes infectées par le VIH touchent une population plus jeune comparativement à la population générale. Ils sont souvent liés à une survie (voir Recueil statistique, section 1.2) diminuée. On observe en effet que lors du diagnostic, le cancer est à un stade plus avancé et les traitements sont plus difficiles en raison de l'immunosuppression et des interactions médicamenteuses[257].

4.3.2 LES MODES DE TRANSMISSION ET LES FACTEURS DE RISQUES DES VPH, DE L'HÉPATITE C, DE L'HÉPATITE B ET DU VIH

Le VPH

Parmi les nombreux géotypes du VPH, certains sont l'agent causal du cancer du col et d'autres, sans lien avec le cancer, peuvent causer des infections anogénitales (condylomes ou verrues génitales). Le virus se transmet particulièrement lors de relations sexuelles non protégées[251]. Bien que le condom n'empêche pas totalement la transmission sexuelle du VPH, il peut diminuer les risques d'être infecté. La vaccination est reconnue efficace pour réduire l'infection de plusieurs géotypes causant le cancer. Le dépistage (voir glossaire) et le traitement des personnes ayant des tests anormaux améliorent les chances de survie (voir Recueil statistique, section 1.2).

Le virus de l'hépatite C

La plupart des infections par le virus de l'hépatite C sont asymptomatiques au stade initial de la maladie et moins de 25 % des personnes infectées sont légèrement malades.

Au Québec, on estime que près de 2 000 nouvelles personnes reçoivent un diagnostic d'hépatite C à chaque année. Dans la région, environ 20 nouveaux cas[258] s'ajoutent annuellement à ceux qui ont déjà été déclarés. Beaucoup de personnes sont infectées depuis quelques années au moment du diagnostic sans toutefois connaître leur état. Ces personnes peuvent donc transmettre l'infection.

Au Québec et au Canada, l'usage de drogue par injection est responsable de 70 à 80 % des cas récents d'infection par le virus de l'hépatite C[259] en raison du partage du matériel servant à l'injection et à l'inhalation. Six à douze mois après leur première expérience, plus de la moitié des personnes (50 à 80 %) qui s'initient à la drogue par injection sont atteintes du virus de l'hépatite C. Selon l'étude canadienne I-TRACK, la prévalence du virus de l'hépatite C est très élevée chez les utilisateurs de drogues injectable (65,7%) en comparaison de la prévalence estimée à 0,8 % pour l'ensemble de la population canadienne[260].

Le virus de l'hépatite C, tout comme l'hépatite B et le VIH peuvent être transmis également par le tatouage ou le perçage corporel lorsqu'ils sont pratiqués avec du matériel non stérilisé[261].

L'infection par le virus de l'hépatite C peut être prévenue par la réduction de l'usage de drogue et en évitant le passage à l'injection, par l'utilisation du matériel d'injection sécuritaire ainsi que par l'utilisation de matériel stérile pour le tatouage et le perçage. Chez les personnes déjà infectées, la détection précoce des cas, la vaccination contre les hépatites A et B ainsi que le traitement de l'infection lorsque les conditions de réussites sont présentes contribuent à réduire le développement du cancer. Chez les personnes utilisatrices de drogue injectable, le traitement à la méthadone a été démontré efficace pour réduire la transmission de l'infection au virus de l'hépatite C[262, 263].

Le virus de l'hépatite B

Près de 50 % des nourrissons et 5 % des adultes ayant présenté une hépatite aiguë deviennent porteurs chroniques du virus et demeurent contagieux, en général pour le reste de leur vie.

On estime que près de 5 % de la population au Canada a déjà contracté l'infection et que moins de 1 % est porteuse chronique. Plusieurs personnes ne connaissent pas leur état de porteur du virus, l'infection étant passée inaperçue. Au moment de mettre en place le programme de vaccination contre l'hépatite B, le taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) était de 6,5 par 100 000 en 1993, soit 451 cas aigus déclarés[264, 265].

Au cours des récentes années, selon les données recueillies dans le registre des MADO, le nombre de cas d'hépatites B aiguës déclarés annuellement au Québec varie entre 34 et 46 cas[266], soit 10 fois moins qu'en 1993.

Saviez-vous que... à la suite de l'introduction de la vaccination universelle contre l'hépatite B des élèves de 4^e année, on a constaté une diminution de 80 % des cas aigus entre 1995 et 2003[265]?

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, un total de 6 nouveaux cas d'hépatites B aiguës ont été déclarés et 37 porteurs du virus ont été détectés et déclarés pour la première fois pendant les années 2005 à 2009.

Le virus de l'hépatite B est 10 fois plus infectieux que le virus de l'hépatite C, car il est présent en plus grande quantité dans les liquides considérés infectieux. Le virus de l'hépatite B se transmet par contact avec le sang (à travers la peau) et par les sécrétions génitales[252].

L'infection par le virus de l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination, par la réduction de l'usage de drogue et en évitant le passage à l'injection, par l'utilisation du matériel d'injection sécuritaire, par des pratiques sexuelles sécuritaires ainsi que par l'utilisation de matériel stérile pour le tatouage et le perçage. La détection des personnes contagieuses et la vaccination préventive des membres du ménage et des contacts sexuels contribuent à contrôler la transmission à d'autres personnes. Chez les personnes déjà infectées, la vaccination contre l'hépatite A peut contribuer à diminuer les dommages hépatiques qui surviennent à la suite d'une deuxième infection au foie.

Le VIH

Toutes les personnes infectées par le VIH deviennent porteuses chroniques du virus et contagieuses pour le reste de leur vie. Si l'infection n'est pas traitée, elle évolue sur une période de 5 à 15 ans vers le sida avec un taux de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) élevé. Depuis le développement des traitements avec les antirétroviraux, l'espérance de vie des personnes touchées a augmenté considérablement dans les pays industrialisés.

En 2008, Santé Canada estimait à 18 000 le nombre de personnes infectées par le VIH au Québec[267]. De 2002 à 2008, on observait annuellement au Québec entre 200 et 450 nouveaux diagnostics d'infection au VIH. Dans la région de la Chaudière-Appalaches, entre 1 et 14 cas s'ajoutent annuellement (médiane de 7)[268], principalement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des utilisateurs de drogues injectables. Toutes ces personnes s'ajoutent aux personnes infectées auparavant puisque 100 % des personnes infectées demeurent porteuses du virus à vie et peuvent le transmettre.

L'infection par le VIH peut être prévenue par la réduction de l'usage de drogue et en évitant le passage à l'injection, par le traitement substitutif à la méthadone chez les utilisateurs de drogues injectables[262], par l'utilisation du matériel d'injection sécuritaire, par des pratiques sexuelles sécuritaires ainsi que par l'utilisation de matériel stérile pour le tatouage et le perçage.

Le dépistage (voir glossaire) et la détection précoce des personnes infectées ainsi que le counselling sur les pratiques pour éviter la transmission par les personnes infectées peuvent contribuer à contrôler la transmission à d'autres personnes. Dans les pays développés, le traitement aux antirétroviraux a extrêmement diminué la morbidité et la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) ainsi que les cancers qui apparaissent avec le sida. Chez les personnes infectées et sous antivaux, le suivi médical soutenu et la détection précoce des cancers peuvent contribuer à diminuer la mortalité car le cancer peut être difficile à traiter chez les personnes infectées par le VIH à la suite de l'affaiblissement de leur système immunitaire et à la réduction du nombre de globules blancs provoquée par la maladie.

4.3.3 LES MESURES DE PRÉVENTION

La vaccination

La vaccination est la mesure la plus efficace et la plus sécuritaire pour éviter les maladies infectieuses. Au Québec, il existe des programmes de vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B et le VPH⁴¹. La réduction des nouveaux cas résultant de la vaccination réduit, au cours des années suivantes, le nombre de cancers liés à ces infections chroniques[265, 269]. En ce qui concerne l'hépatite C et le VIH, il n'y a pas encore de vaccin disponible[269].

De plus, certaines vaccinations sont recommandées et gratuites pour les personnes souffrant de conditions médicales particulières afin d'éviter certaines infections pour lesquelles elles sont plus vulnérables. Les personnes atteintes de cancer peuvent devenir immunosupprimées, soit en raison des traitements ou de la maladie elle-même et peuvent bénéficier de ces services de vaccination lorsqu'ils sont indiqués. (voir La vaccination, section 8.2.5)

L'adoption de comportements sécuritaires et l'approche de la réduction des méfaits

L'adoption de comportements sécuritaires permet de réduire considérablement les risques d'être infectés par les ITSS.

Les activités de prévention et de promotion ayant comme objectif de réduire ces infections et les cancers qui peuvent en découler visent donc à inciter les gens à :

- cesser ou réduire l'usage de drogues et réduire le passage à l'injection;
- éviter le partage de drogues, utiliser du matériel d'injection sécuritaire, améliorer l'accès au matériel d'injection stérile (réduit le risque d'acquisition des hépatites B et C et du VIH);
- adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (ex : port du condom, dépistage des ITSS);
- s'assurer de pratiques stériles pour le matériel de tatouage et de perçage corporel.

Les projets de base comme la distribution de matériel sécuritaire pour l'injection, l'information et l'éducation ainsi que le dépistage et le counselling demeurent des priorités d'action auprès des groupes vulnérables (voir glossaire)[270].

Les programmes de renforcement du potentiel des jeunes, offerts en milieu scolaire, contribuent également à adopter des comportement sexuels sécuritaires et à réduire l'usage de drogues et le passage à l'injection. (voir Non-usage du tabac, section 3.1.1 et L'alcool, section 3.1.5)

⁴¹ Le vaccin contre le VPH a été homologué en 2010 pour les hommes et les garçons. Les recommandations des organismes officiels en vaccination sont attendues, comme le Comité consultatif national en immunisation et le Comité d'immunisation du Québec en ce qui concerne l'utilisation de ce vaccin pour cette population.

Saviez-vous que... étant donné l'acquisition rapide de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables, la prévention de l'infection par le virus de l'hépatite C doit viser la réduction de l'utilisation des drogues injectables, et ce, dès le plus jeune âge?

Des services cliniques et préventifs

L'implantation des SIDEP auprès des personnes atteintes d'ITSS et leurs partenaires a débuté dans la région en 1987.

Ces services sont dispensés par l'ensemble des CSSS, en complémentarité avec des services cliniques médicaux de première ligne, et ils visent à :

- dépister les personnes à risque, et traiter les personnes infectées;
- intervenir en prévention auprès des personnes infectées et de leurs contacts;
- conseiller les personnes infectées et les personnes à risque sur les façons de prévenir la dissémination du virus.

Le dépistage du cancer du col utérin est démontré efficace pour en réduire la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2). Les filles vaccinées sont également visées par ce dépistage car le vaccin n'a pas d'impact de réduction des cancers sur les infections pré-existantes et n'est pas efficace à 100 %. Par contre, on sait qu'en 2005, 30 % des femmes de 18 à 69 ans de la région de la Chaudière-Appalaches n'avaient pas eu de dépistage au cours des trois dernières années[251]. (voir Le dépistage du cancer du col utérin 5.3.3)

Les programmes de traitement à la méthadone sont efficaces pour prévenir la transmission d'infections transmissibles par le sang. Entre autres, une étude a révélé qu'après quatre ans, les personnes qui n'avaient reçu aucun traitement avaient 4,2 fois plus de risque d'être séropositives que celles qui avaient suivi un traitement à la méthadone pendant deux ans ou plus[262].

Le traitement de l'infection pour prévenir le cancer

Le traitement des personnes infectées par le VPH réduit les risques de transmission et également les risques de complications telles que le cancer du col utérin.

Le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C et le virus du VIH réduit dans certains cas la transmission de l'infection et peut diminuer de façon importante les complications comme le cancer. En effet, il est démontré que le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique réduit les risques de développer un cancer du foie de façon appréciable. Le traitement des personnes atteintes du VIH réduit les risques d'évoluer vers le sida, cause de nombreux types de cancers.

En pratique... dans la région

Les activités de prévention et de dépistage par les CSSS

Plusieurs activités de prévention et de dépistage (voir glossaire) sont offertes par les professionnels des CSSS de la région et certains organismes communautaires.

Après des jeunes dans les milieux scolaires et des clientèles vulnérables, des activités de prévention visant la promotion de santé sexuelle, la démystification de l'homosexualité, l'accessibilité au condom et la diminution de l'usage de drogue sont offertes.

Des SIDEP-ITSS sont offerts dans tous les CSSS et dans différents milieux où se trouvent les groupes vulnérables aux ITSS (centres d'éducation aux adultes, certains organismes communautaires, etc.).

Des services d'échange et de récupération des seringues (programme d'accessibilité au matériel d'injection sécuritaire) sont dispensés par les CLSC, centres hospitaliers et certaines pharmacies de la région.

La vaccination contre l'hépatite B (depuis 1996) et le VPH chez les filles (depuis 2008) est également offerte.

Les activités cliniques médicales

Les cliniques médicales soutenant la prévention des maladies infectieuses et des cancers qui y sont associés ont pour principales activités la détection des porteurs chroniques et le traitement des infections.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention ² : l'exposition par des agents infectieux
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Rehausser les actions visant à ce que le milieu scolaire soit accueillant et valorisant pour l'ensemble des jeunes y compris les jeunes homosexuels (démystification de l'homosexualité, réduction de l'intimidation, etc.) et augmenter l'accessibilité au condom.
Renforcer l'action communautaire	Renforcer l'action des organismes communautaires en prévention et l'accompagnement auprès des groupes vulnérables.
Acquérir des aptitudes individuelles	Intensifier la prévention auprès des jeunes dans les milieux scolaires réguliers, les centres d'éducation aux adultes et certains organismes communautaires. Intensifier la prévention auprès des clientèles vulnérables, notamment par l'accessibilité aux condoms.
Réorienter les services de santé	Poursuivre la vaccination contre l'hépatite B et le VPH. Poursuivre le développement des services SIDEP-ITSS et promouvoir l'utilisation de ces services auprès des groupes vulnérables. Poursuivre les enquêtes et les interventions épidémiologiques pour prévenir et contrôler la transmission secondaire à la suite de l'identification des cas. Améliorer l'accessibilité des services visant l'injection sécuritaire. Poursuivre le dépistage du cancer du col utérin. Rendre davantage accessibles les traitements suivants : traitement de l'infection au VIH et de l'hépatite C et traitement de substitution à la méthadone.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

LES PRIORITÉS DE L'EXPOSITION PAR DES AGENTS INFECTIEUX

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : l'exposition par des agents infectieux
Acquérir des aptitudes individuelles	Poursuivre la vaccination contre le VPH et l'hépatite B.
	Augmenter l'utilisation du matériel d'injection sécuritaire auprès des usagers de drogues injectables.
	Intensifier les activités de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire visant à soutenir l'acquisition de comportements sécuritaires pour les ITSS.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12]

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer

LES PRIORITÉS DE L'EXPOSITION DANS L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE, AU TRAVAIL ET PAR LES AGENTS INFECTIEUX

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention² : exposition dans l'environnement, au travail et par les agents infectieux
Élaborer des politiques publiques saines	Contribuer à l'application et à l'appropriation des différentes politiques gouvernementales : <ul style="list-style-type: none"> • Lois sur la santé et la sécurité au travail, incluant le milieu agricole et forestier; • Lois sur l'environnement.
	Promouvoir l'élaboration de politiques de tolérance zéro pour les substances cancérigènes et leur remplacement systématique par d'autres substances moins nocives.
Créer des milieux favorables	Contribuer à la mise en œuvre d'interventions directes et d'un suivi qui visent la réduction de l'exposition aux cancérigènes dans les milieux de vie et de travail (amiante et rayons ultraviolets).
	Végétaliser les haldes de résidus, réorienter les économies des localités productrices.
	Accentuer la surveillance des cancérigènes dans les milieux de vie et de travail (en particulier à l'amiante).
	Accentuer l'application de mesures visant la réduction de l'exposition aux cancérigènes dans les milieux de vie et de travail.
	Déployer des moyens d'identification des zones potentielles de surexposition au radon dans la région.
Renforcer l'action communautaire	
Acquérir des aptitudes individuelles	Poursuivre la vaccination contre le VPH et l'hépatite B.
	Augmenter l'utilisation du matériel d'injection sécuritaire auprès des utilisateurs de drogues injectables.
	Intensifier les activités de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire visant à soutenir l'acquisition de comportements sécuritaires pour les ITSS.
Réorienter les services de santé	Former les intervenants de première ligne à donner des conseils sur la prévention de l'exposition au radon.
	Participer aux campagnes nationales de sensibilisation et aux mesures de prévention du cancer de la peau et de protection contre les ultraviolets, en priorisant la création de zones d'ombre dans les aires de jeu des enfants.
	Soutenir les milieux de travail afin qu'ils puissent mieux prendre en charge l'identification des produits cancérigènes et leur substitution
	Mieux soutenir les médecins traitants lors des réclamations à la CSST pour les cancers possiblement reliés au travail.
	Intégrer la promotion de la santé et la prévention des cancers aux interventions préventives en milieu de travail.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

5. DÉPISTER LES CANCERS? LESQUELS?

Le dépistage (voir glossaire) des cancers est fréquemment questionné. La compréhension de ses fondements et des recommandations les plus récentes sur les dépistages facilite l'offre de réponses claires à la population qui se questionne.

5.1 LES CONDITIONS À L'INSTAURATION D'UN DÉPISTAGE

Les tests de dépistage

En clinique, de nouveaux tests font constamment leur apparition ou d'anciens sont améliorés. Lorsque le test détecte un paramètre directement relié à la pathologie (imagerie médicale, colonoscopie, dosage sanguin), la tentation est forte de vouloir l'utiliser pour détecter la maladie avant le moment habituel de consultation. Ceci est particulièrement vrai pour les cancers. En effet, il est fréquent de constater que le pronostic d'un cancer diagnostiqué à un stade précoce de la maladie soit meilleur que celui diagnostiqué à un stade avancé. Intuitivement, il semblerait tout à fait logique de penser appliquer ce même test utilisé en clinique pour dépister le cancer le plus tôt possible, avant même l'apparition de signes ou de symptômes.

C'est à ce moment que certains évoquent le potentiel du dépistage comme une des stratégies gagnantes pour la lutte au cancer. Or, cette intuition s'avère souvent fautive. La science a démontré que certains dépistages sont non seulement inutiles et coûteux, mais peuvent même causer plus de tort que de bien. Voyons quelques éléments permettant d'en juger.

Définition du dépistage⁴²

Il n'y a pas de définition universellement reconnue du mot dépistage. L'INSPQ[271] le définit ainsi :

Application de tests à un individu qui fait partie d'un groupe partageant certaines caractéristiques communes. Le dépistage vise à départager les personnes qui sont **probablement porteuses** d'une maladie non diagnostiquée ou d'un facteur de risque d'une maladie, des personnes qui en sont **probablement exemptes**.

Ainsi, le dépistage implique l'application de tests qui peuvent prendre la forme d'examen de laboratoire (l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le cancer de la prostate), radiologiques (mammographie pour le cancer du sein) ou cliniques (examen de la peau pour le mélanome). Selon cette définition, ces tests visent donc à détecter chez l'individu à qui on les applique une suspicion de maladie.

⁴² Les notions sur le dépistage sont essentiellement inspirées du *Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail* de l'INSPQ publié en octobre 2009 et accessible par internet à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf. Même si ce cadre de référence a été développé d'abord pour la santé des travailleurs, les concepts et définitions utilisés peuvent être généralisés au dépistage des cancers.

Un test serait idéal si, dans 100 % des cas où il était positif, il identifiait à coup sûr la présence du cancer recherché et si, dans 100 % des cas où il était négatif, on était assuré à coup sûr de son absence.

En pratique, de tels tests n'existent pas pour dépister le cancer. C'est pourquoi la définition parle de départager les personnes en « probablement porteuses » (test positif) et « probablement exemptes » (test négatif) de la maladie. Dans les faits, on doit dans la majorité des cas avoir recours à des tests de confirmation qui sont souvent plus complexes, coûteux et qui peuvent comporter de nombreux inconvénients, voire même des dangers pour la personne dépistée.

Bien sûr, personne ne veut prendre de chance devant un dépistage positif; les personnes dépistées se soumettront habituellement volontiers aux autres tests pour clarifier la situation. D'un point de vue individuel, beaucoup de personnes sont prêtes à subir les inconvénients d'un dépistage et des examens complémentaires nécessaires parce qu'ils sont convaincus que le bénéfice potentiel est supérieur aux risques ou inconvénients. Elles croient les autorités et leur clinicien qui, en leur recommandant de passer le test de dépistage, leur garantissent implicitement plus de bien que de tort. Mais, est-ce toujours le cas? Pourquoi les experts ne s'entendent-ils pas pour recommander un dépistage pour tous les cancers?[272].

Il est important de distinguer le dépistage, du dépistage opportuniste (voir glossaire) et des programmes de dépistage systématiques (voir glossaire).

Quelques principes de base sur le dépistage

En médecine, un des principaux préceptes est de « primum non nocere » : d'abord, ne pas nuire. Ce précepte s'applique de façon d'autant plus stricte pour le dépistage du cancer.

Différences entre consultation clinique et activité de dépistage du cancer

Consultation clinique

En clinique, la personne consulte parce qu'elle se sent malade ou qu'elle est inquiète à cause d'un symptôme. Elle veut être rassurée, puis guérie ou soulagée s'il s'agit d'une maladie. Le clinicien a le rôle de diagnostiquer le problème de santé et de proposer les meilleurs traitements possibles à son patient. Malgré des effets secondaires possibles chez certaines personnes, on compte sur le fait que les traitements ont plus de chances d'être bénéfiques dans la majorité des cas. Moins les traitements ont de chances d'être efficaces et plus il y a d'effets secondaires, et plus la discussion sur les avantages et les inconvénients devra s'approfondir avec le patient pour obtenir une prise de décision éclairée.

Activité de dépistage du cancer

Dans le cas du dépistage, la personne visée est en santé. Elle ne ressent rien, mais est invitée à se soumettre à des examens malgré tout, au cas où un cancer non révélé serait présent. Avant de recommander une telle pratique à des centaines de milliers de personnes dont la très grande majorité n'a pas la maladie recherchée, il faut d'autant plus de preuves scientifiques convaincantes de son efficacité à sauver des vies ou à améliorer la qualité de vie. À cause de l'imperfection des tests, ceci implique nécessairement d'inquiéter inutilement plusieurs personnes pour le bénéfice de

quelques-unes. D'où un fardeau de la preuve beaucoup plus exigeant : des preuves hors de tout doute raisonnable d'un gain global pour les groupes visés en termes de meilleure santé par rapport aux inconvénients.

Saviez-vous que... le **cancer du poumon** qui est pourtant le cancer le plus mortel depuis plusieurs années, tant chez les hommes que chez les femmes du Québec, n'est pas dépisté? C'est qu'il n'y a pas de preuves convaincantes qu'avec le dépistage on puisse réduire la mortalité ou la souffrance causée par ce cancer. Tant les outils de dépistage (radiologie du poumon, cytologie des expectorations, tomographie) que les traitements disponibles actuellement ne le permettent pas.

Sur le plan individuel, à l'instar du traitement d'une maladie, aucun professionnel ne peut garantir à 100 % à son patient que le dépistage lui sera bénéfique avec certitude, à lui personnellement. Prenons l'exemple du dépistage du **cancer colorectal** chez une personne asymptomatique de 50 ans. Il est recommandé de faire un test de sang dans les selles et s'il est positif, de faire une coloscopie. Bien que rare statistiquement, l'individu qui subit une perforation de l'intestin au moment de sa coloscopie (cas réels rapportés dans la littérature) alors qu'il n'avait pas réellement le cancer (détection de sang dans les selles faussement positive) n'a que des désavantages, voire des conséquences sérieuses pour sa santé, sans aucun bénéfice.

Les biais ou les faux bénéfices

Les études sur l'efficacité du dépistage ne sont pas toujours adéquates et doivent éviter trois biais principaux qui peuvent donner faussement une impression d'avantage.

- **Le biais de devancement** : le dépistage peut parfois seulement devancer le moment du diagnostic habituel sans nécessairement diminuer la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2), entraînant ainsi seulement un désavantage : un allongement de la durée de la maladie chez les personnes dépistées, sans aucun gain de santé.
- **Le biais de durée** : le dépistage tend à détecter des cas moins agressifs de cancer, se déployant sur une plus longue période et ayant au point de départ un meilleur pronostic. Il manque souvent les cancers plus agressifs qui se déploient rapidement.
- **Le biais de surdiagnostic** : il vient du fait que le dépistage détectera aussi des cancers qui n'auraient jamais causé de problème ou de symptômes à la personne s'ils n'avaient pas été dépistés. En effet, les tests de dépistage initiaux et les examens complémentaires ne peuvent généralement pas faire de distinction entre les cancers agressifs et dangereux qui pourraient tuer la personne et ceux qui sont présents, mais qui ne causeront jamais de problèmes. Certains auteurs parlent de pseudomaladies. Un bon exemple de ce biais est le **cancer de la prostate**.

La balance des avantages et inconvénients

On doit s'assurer non seulement d'une diminution de la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par le cancer spécifique dépisté, mais aussi que cette diminution de la mortalité spécifique n'entraîne pas l'augmentation de la mortalité par d'autres causes chez les personnes dépistées. On doit donc aussi se préoccuper de la mortalité toutes causes chez les personnes dépistées.

On doit se préoccuper des inconvénients et des effets secondaires, parfois sérieux, des examens passés à un très grand nombre de personnes saines. On parle de la balance des avantages (diminution de la mortalité par ce cancer pour des vrais dépistés positifs) et des inconvénients (anxiété d'un test faussement positif, effets indésirables des examens de dépistage et de confirmation, fausse réassurance d'un test faussement négatif, coûts pour le système de santé pour un grand nombre de dépistés faussement positifs).

Faisabilité et organisation des services

Une fois les preuves d'efficacité assemblées, on doit se préoccuper de la faisabilité du dépistage et de son suivi. Certains dépistages impliquent une utilisation accrue importante des ressources déjà rares du réseau de la santé. Les tests de confirmation diagnostiques nécessaires lorsque le dépistage est positif peuvent entrer en compétition avec l'accès à ces mêmes tests pour les personnes malades.

Par exemple, un test positif de recherche de sang dans les selles pour le **dépistage du cancer colorectal** nécessite une coloscopie comme test de confirmation. Le grand nombre de tests positifs (vrais et faux positifs) au dépistage, alors que le nombre de cancers parmi ces tests positifs est relativement faible, entraîne une grande demande pour la coloscopie qui pourrait se faire au détriment des patients symptomatiques qui en ont un besoin peut-être plus urgent. Ces derniers verront-ils leur santé se détériorer par des retards à avoir accès aux services? Ce genre de questionnement quant à l'utilisation efficiente des ressources doit aussi faire partie des enjeux à considérer.

La prise de décision informée

Face aux incertitudes quant à l'acceptabilité du dépistage, un consensus émerge progressivement à l'effet que tout programme de dépistage devrait, plutôt que de viser une participation maximale de la population ciblée, viser une participation libre et éclairée. Chaque personne invitée au dépistage d'un cancer particulier devrait être informée des effets tant négatifs que positifs escomptés de ce dépistage afin de décider en toute connaissance de cause de sa participation ou non.

Pour en savoir davantage... consulter le livre *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi* de H. Gilbert Welch (2005)[273].

5.2 LES RECOMMANDATIONS EN DÉPISTAGE : UNE SYNTHÈSE

La Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et le Collège des médecins du Québec ont publié, en 2009, un document synthèse des données probantes sur les interventions de prévention primaire et de dépistage chez l'adulte [214]). Il constitue un aide-mémoire pour faciliter la prévention dans le cadre de l'examen médical périodique chez l'adulte. Les recommandations découlent des plus récentes lignes directrices québécoises, canadiennes ou américaines pertinentes, qui elles reposent sur l'opinion d'experts reconnus, généralement réunis en comités et conférences de consensus. Les recommandations sont classées en catégories par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴³[274] au Canada et par le *U.S. Preventive Services Task Force*⁴⁴[275] aux Etats-Unis.

Le tableau ci-dessous présente, à titre indicatif, une synthèse de recommandations en lien avec le dépistage émanant soit du rapport de la Direction de santé publique de Montréal et du Collège des médecins[214], du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, du *U.S. Preventive Services Task Force*, de l'INSPQ ou d'autres associations pertinentes.

Synthèse des dépistages des cancers recommandés chez l'adulte

Sites du cancer	Groupes cibles	Recommandations
Sein	Femmes de 40-49 ans à haut risque	Une mammographie annuelle pourrait être recommandée chez les femmes à haut risque (une histoire familiale de quatre personnes et plus atteintes ou une histoire personnelle d'hyperplasie atypique, de carcinome lobulaire <i>in situ</i> ou de cancer du sein ou d'irradiation locale).
	Femmes de 50-69 ans	L'examen clinique et la mammographie de dépistage aux deux ans. Programme de dépistage systématique recommandé : PQDCS. (voir Dépistage du cancer du sein, section 5.3.1).
	Femmes de 70 ans et plus	La mammographie de dépistage peut être offerte sur prescription d'un médecin selon l'état de santé et l'espérance de vie.
Colorectal	Hommes et femmes de 50-74 ans sans risque particulier	Programme de dépistage systématique à l'étude. L'INSPQ (voir Dépistage du cancer colorectal, section 5.3.2) favorise la recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans et une coloscopie longue si le résultat est anormal.

⁴³ Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = données suffisantes pour recommander l'intervention; (B) = données acceptables pour recommander; (C) = données conflictuelles; (D) = données acceptables pour déconseiller l'intervention; (E) = données suffisantes pour déconseiller; (I) = données insuffisantes pour émettre une recommandation.

⁴⁴ Le *U.S. Preventive Services Task Force* classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = fortement recommandé (preuves suffisantes); (B) = recommandé (preuves acceptables); (C) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves conflictuelles); (D) = déconseillé (preuves acceptables); (I) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves insuffisantes).

Sites du cancer	Groupes cibles	Recommandations
	Hommes et femmes de tout âge à risque élevé	L' <i>U.S. Preventive Services Task Force</i> recommande une sigmoïdoscopie aux 5 ans ou coloscopie aux 10 ans chez les personnes à haut risque (histoire familiale ou personnelle de cancer colorectal ou de polypes); il est souhaitable de débiter le dépistage 10 ans plus tôt chez les adultes à risque élevé. A l'étude à l'INSPQ. (voir Dépistage du cancer colorectal, section 5.3.2, thème Personnes à haut risque)
Col utérin	Femmes de 21 à 69 ans	Programme de dépistage systématique à l'étude. L'INSPQ du Québec (voir Dépistage du cancer du col utérin, section 5.3.3) favorise le dépistage par cytologie cervicale conventionnelle (test Pap) ou en milieu liquide. Les recommandations s'appliquent chez les femmes non hystérectomisées, que les femmes soient vaccinées contre le VPH ou non.

Synthèse des dépistages des cancers non recommandés ou controversés chez l'adulte

Sites du cancer	Groupes cibles	Recommandations
Prostate	Hommes de 50-75 ans	Aucune recommandation pour le dépistage par l'emploi combiné du toucher rectal et du dosage de l'APS.(voir Dépistage du cancer de la prostate, section 5.3.4)
Poumon	40 ans et plus	Aucune recommandation, quelque soit le test. L' <i>American College of Chest Physicians</i> ne conseille pas de cytologie des expectorations, ni de radiographie du poumon, ni de tomographie[214].
Peau	Tout âge confondu	Aucun dépistage, ni d'auto-examen de la peau pour la population générale. Le médecin doit utiliser son jugement clinique en présence d'une histoire familiale positive, d'une lésion de plus de 6 mm ou d'une exposition fréquente au soleil. (voir L'exposition aux ultraviolets, section 4.1.4)

Devant toute recommandation de dépistage, le médecin doit informer la personne des avantages et inconvénients du test proposé et obtenir une prise de décision éclairée. De même, il est généralement admis qu'on doit s'assurer que la personne jouit d'une espérance de vie supérieure à 10 ans et qu'elle sera en mesure de bénéficier des traitements advenant la détection d'un cancer[214].

5.3 LES LIGNES DE CONDUITES NATIONALES ET LA SITUATION RÉGIONALE

Au Québec, l'INSPQ et l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé constituent les instances mandatées pour orienter le MSSS en matière de dépistage. Dans les régions, les directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux ont, pour leur part, le mandat de mettre en application dans leur territoire respectif les lignes de conduites émises par le gouvernement du Québec.

L'état de la situation nationale et régionale pour chacun des cancers recommandés et sur le dépistage controversé du cancer de la prostate est présenté ci-dessous.

5.3.1 LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

Le PQDCS : état de situation nationale

Selon les estimations de 2008[21], le cancer du sein occupe la première place parmi toutes les formes de cancer diagnostiquées chez les québécoises et la deuxième place pour les décès causés par les cancers chez celles-ci, après le cancer du poumon. Une femme sur neuf risque d'avoir un cancer du sein au cours de sa vie[11]. Les données sur le cancer du sein sont présentées dans la section 6.2.4 et dans le Recueil statistique, section 3.5.

Le PQDCS, seul exemple d'un programme de dépistage systématique (voir glossaire) d'un cancer encadré par le MSSS, a été implanté progressivement dans les régions du Québec à partir de 1998. L'objectif principal du PQDCS était de réduire le taux de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer du sein de 25 %, sur une période de 10 ans[276]. Le PQDCS vise à détecter précocement les tumeurs malignes au sein par une mammographie à tous les deux ans auprès des femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans.

Selon une étude de l'INSPQ, on estime que 5 ans après le début de l'implantation du PQDCS, la mortalité par cancer du sein aurait diminué de 35 à 41 % (réduction statistiquement significative) parmi les participantes au programme, de 7 à 11 % (réduction statistiquement significative) parmi les femmes admissibles au programme et de 3 % (réduction non significative au plan statistique) parmi l'ensemble des femmes du Québec de 50 à 69 ans[277]. Bien que, chacune des méthodes employées pour produire ces estimés comporte des limites qui, en général, surestime la contribution du dépistage, ces résultats suggèrent que le PQDCS a accéléré la réduction de mortalité par cancer du sein au Québec[277]. L'objectif principal de réduction de mortalité du PQDCS s'applique aux femmes admissibles au programme, et ce, après 10 ans de fonctionnement du programme. Compte tenu de l'augmentation progressive du taux de participation au PQDCS et du fait que la réduction de mortalité par cancer du sein soit plus importante chez les femmes plus jeunes avec une exposition plus longue au programme, les présents résultats permettent d'espérer que la cible puisse être atteinte.

L'année 2008 a marqué les 10 ans d'existence du PQDCS pour les régions du Québec ayant débuté le programme en 1998, dont Chaudière-Appalaches.

Saviez-vous que... après 10 ans d'implantation du PQDCS :

la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans a diminué de :

- 35 à 41 % parmi les participantes au programme;
- seulement 3 % parmi les non participantes, qui étaient éligibles au programme;
- en moyenne de 7 à 11 % pour l'ensemble des femmes du groupe cible

et que les trois axes prioritaires du MSSS sont l'assurance-qualité, l'accessibilité au dépistage et le consentement éclairé?

Le PQDCS en Chaudière-Appalaches : état de situation

Dans le cadre du PQDCS, les femmes de Chaudière-Appalaches sont invitées à utiliser la lettre d'invitation ou une ordonnance médicale pour avoir une mammographie de dépistage dans l'un ou l'autre des quatre Centres de dépistage désignés, soit les CSSS de Beauce, CSSS de la région de Thetford, CSSS de Montmagny-L'Islet et la Clinique radiologique de Lévis. Dans le cas d'un résultat anormal, une investigation est effectuée dans l'un ou l'autre des quatre centres de référence pour investigation désignés que l'on retrouve dans les mêmes CSSS et au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis.

Le Centre de coordination des services régionaux est situé au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis et coordonne toutes les activités reliées au bon fonctionnement du PQDCS dans la région. Des infirmières répondantes du PQDCS sont présentes dans chaque CSSS. Celles-ci ont contribué activement à faire connaître le programme à la population ciblée et ont assuré un lien plus direct en transmettant l'information relative au programme. Les médecins de la région, omnipraticiens et gynécologues, sont des collaborateurs au programme en favorisant une prise de décision éclairée de la femme afin qu'elle y participe ou non.

L'assurance-qualité : une préoccupation constante pour le Centre de coordination des services régionaux

Parmi les mécanismes mis en place pour l'assurance-qualité, des équipes interdisciplinaires ont été créées en 2003 dans chacun des centres de référence pour investigation désignés. Ces équipes ont, entre autres, comme mandat d'organiser des discussions autour des nouveaux cas de cancer du sein détectés afin de valider le diagnostic et offrir un plan de traitement optimal.

L'accessibilité au dépistage : un accroissement de la clientèle

Depuis les débuts du programme en mai 1998, un peu plus de 52 000 femmes de la région de la Chaudière-Appalaches ont participé au programme en passant une première mammographie de dépistage[278]. Le pourcentage de participation des femmes admissibles au PQDCS en Chaudière-Appalaches se situait à 65,0 % au 31 décembre 2008, comparativement à 54,8 % pour l'ensemble du Québec. Du début du programme jusqu'en 2006, 562 nouveaux cancers ont été diagnostiqués dans le cadre du PQDCS dans la région. Les données régionales, à ce jour, sont insuffisantes pour se prononcer sur l'impact du dépistage par mammographie sur le taux de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer du sein en Chaudière-Appalaches.

<p>Saviez-vous que... le nombre de femmes admissibles au PQDCS augmentera de façon substantielle au cours des prochaines années? Actuellement, près de 57 000 femmes de la région sont âgées de 50 à 69 ans. Ces femmes reçoivent une lettre d'invitation aux deux ans pour le programme. En 2016, cette population atteindra 62 120 femmes, soit une augmentation de 9 %.</p>

La répartition des femmes de 50 à 69 ans dans les centres de dépistage désignés de la région est d'environ : 12 % au CSSS de Montmagny-L'Islet; 52 % à la Clinique radiologique de Lévis; 21 % au CSSS de Beauce et de 15 % au CSSS de la région de Thetford.

La prise de décision éclairée : la priorité numéro un dans les prochaines années

La démarche actuelle vers une meilleure décision éclairée a pour but de rendre accessible une information plus complète sur les avantages, les limites et les inconvénients possibles du dépistage par mammographie et de mieux soutenir ainsi la décision au regard de la participation ou non au PQDCS. L'information à fournir aux femmes devra leur rappeler que la décision de participer ou non leur appartient. Une nouvelle version du dépliant national accompagnant la lettre d'invitation tiendra compte de ces orientations nationales.

Plusieurs intervenants de la région seront formés au sujet de la prise de décision éclairée pour aider la femme dans sa décision.

5.3.2 LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : LES DÉFIS DE L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans sans risque particulier : état de la situation nationale

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Québec. Il est par ailleurs la deuxième cause de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer, juste derrière le cancer du poumon et loin devant le cancer du sein et de la prostate. Ceci s'explique en partie par la relativement faible survie (voir Recueil statistique, section 1.2) des personnes atteintes (survie au cancer colorectal à 5 ans de 60 %)[279]. Les données sur le cancer colorectal sont présentées dans le Recueil statistique (voir section 3.2).

Les preuves cumulées au cours des dernières années sur l'efficacité du dépistage pour réduire la mortalité par cancer colorectal ont incité divers groupes d'experts à réviser leurs recommandations en matière de dépistage du cancer colorectal. Et dans cette foulée, diverses nations ont implanté ou s'appêtent à implanter des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal[280] pour la **population à risque moyen**⁴⁵.

Le MSSS a mandaté, en 2006, l'INSPQ pour évaluer la pertinence et la faisabilité d'implanter à l'échelle du Québec un programme systématique de dépistage du cancer colorectal ciblant la population à risque moyen. L'avis émis en 2008 par le comité scientifique responsable de ce mandat conclut que les essais randomisés évaluant l'efficacité du dépistage par recherche de sang occulte dans les selles, accompagné d'une coloscopie des cas positifs, démontrent une réduction de mortalité par cancer colorectal de 15 % à 18 % après 10 ans. Le comité scientifique conclut, par ailleurs, qu'à défaut du respect strict de plusieurs conditions organisationnelles, ces résultats, obtenus dans le contexte d'essais randomisés, pourraient s'avérer inatteignables dans le contexte d'une implantation à l'échelle du Québec[281]. Le comité suggère donc diverses modalités organisationnelles et structurelles à respecter et des étapes à suivre pour progresser vers un éventuel programme systématique de dépistage du cancer colorectal au Québec.

⁴⁵ Personnes de 50 ans et plus asymptomatiques et sans condition particulière prédisposant à ce cancer.

Le comité soulève également l'importance d'intégrer à cet éventuel programme un volet d'information, évaluation et dépistage spécifique aux personnes à haut risque de cancer colorectal, principalement celles avec une histoire familiale de cancer colorectal. Il recommande que ce volet intègre la mise en place d'un système d'information permettant aux personnes diagnostiquées avec un cancer colorectal d'y inscrire les membres de leur famille ou que les membres de la famille d'une personne touchée par la maladie puissent s'y inscrire directement; ceci pour faciliter l'atteinte de cette population particulière[281].

À l'automne 2009, à la suite de la publication de l'avis de l'INSPQ[281], le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Yves Bolduc, a annoncé que des projets de démonstration allaient être faits au Québec. Le déploiement d'un programme systématique de dépistage du cancer colorectal dépendra des résultats de ces projets de démonstration.

Le dépistage du cancer colorectal : état de la situation régionale

(voir Recueil statistique, section 3.2)

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, comme ailleurs au Québec, un certain nombre de cliniciens effectuent du dépistage opportuniste du cancer colorectal. Ils le font principalement par recherche de sang occulte dans les selles suivi, au besoin, d'une sigmoïdoscopie ou d'une coloscopie. Certains, cependant, ont directement recours à la sigmoïdoscopie ou à la coloscopie pour détecter les lésions précancéreuses et les cancers asymptomatiques. L'ampleur de ces pratiques ainsi que leurs répercussions sur l'accès aux services diagnostiques demeurent pour l'instant inconnues puisque le temps d'attente pour un examen endoscopique du côlon chez les personnes symptomatiques n'ont encore jamais été documentés dans la région.

Le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis est l'un des cinq centres hospitaliers retenus par le MSSS, en 2007, pour documenter dans le cadre d'un projet-pilote les trajectoires suivies par les patients chez qui l'on prescrivait une coloscopie diagnostique. Le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis a dans ce contexte mis en place une clinique d'accès rapide pour l'investigation et le diagnostic du cancer colorectal. Les résultats de ce projet devraient être divulgués en septembre 2010.

Par ailleurs, en avril 2010, le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis s'est qualifié pour un projet visant l'organisation et l'optimisation (*projet lean*) des activités quotidiennes des deux cliniques de coloscopie de la région (Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis et CSSS du Grand Littoral [Centre Paul-Gilbert]). L'objectif général de ce projet est d'optimiser les services de coloscopie et en faciliter l'accès tout en réduisant les délais en :

- clarifiant les rôles et responsabilités de chacun des intervenants impliqué à chaque site;
- assurant la fluidité globale du processus en accordant une attention particulière à la notion de priorité des cas;
- analysant les interrelations entre les deux sites pour proposer des recommandations afin d'harmoniser les processus entre ces deux sites.

Le MSSS lançait, en juin 2010, un appel pour la réalisation de projets de démonstration pour l'éventuelle implantation d'un programme systématique de dépistage du cancer colorectal au Québec. Au total, cinq projets seront retenus dans l'ensemble de la province. Le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis a soumis sa candidature.

5.3.3 LE CANCER DU COL UTÉRIN : OPTIMISER LES SERVICES

Le dépistage du cancer du col utérin : état de situation nationale

Malgré des progrès remarquables obtenus avec le dépistage opportuniste du cancer du col pratiqué de façon extensive au Québec depuis quelques décennies, près de 300 femmes sont encore atteintes de ce cancer chaque année au Québec et environ 80 en décèdent[251]. La survie (voir Recueil statistique, section 1.2) au cancer du col utérin à 5 ans est estimée à 75 %[11]. (voir Figure survie dans la section L'amélioration de la survie, section 9.1)

Bien que l'efficacité du dépistage du cancer du col utérin soit depuis longtemps démontrée, il n'existe pas de programme de dépistage systématique du cancer du col utérin au Québec. La détection précoce de ce cancer repose donc entièrement sur le bon vouloir des médecins de famille et obstétriciens-gynécologues qui l'offrent à leurs patientes. Cette approche qui a l'avantage de la simplicité, comporte toutefois certains inconvénients dont la surutilisation des tests de dépistage chez certaines femmes et la sous-utilisation chez d'autres.

Selon les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (2005), au Québec, les principaux facteurs corrélés à l'absence de dépistage ou une fréquence sous-optimale de dépistage sont : un faible revenu, l'absence d'un médecin de famille, une barrière de langue, une faible scolarité et le fait de vivre seule pour les femmes plus âgées[251]. De plus, une étude de l'INSPQ sur les inégalités sociales et la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer[123] montrent que les femmes les plus défavorisées ont un risque relatif de mourir du cancer du col utérin deux fois plus élevé que les femmes les plus favorisées.

L'INSPQ a produit en 2009 un avis dont l'objectif était de préciser la pertinence du dépistage du cancer du col utérin à l'ère de la vaccination contre le VPH, précurseurs du cancer du col; de documenter les lacunes actuelles du dépistage; et, surtout, d'identifier les moyens permettant de maximiser l'efficacité du dépistage au Québec[251]. Dans cet avis, l'INSPQ recommande au gouvernement de mettre en place un programme de dépistage systématique du cancer du col, incluant des lignes directrices claires par rapport aux paramètres de dépistage, des mécanismes de suivi et un système de surveillance.

Saviez-vous que... la vaccination systématique contre le VPH des préadolescentes et des jeunes femmes fait désormais aussi partie des stratégies de lutte au cancer du col utérin? Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter la section L'exposition par des agents infectieux (voir 4.3).

L'arrivée du nouveau vaccin contre le VPH ne réduit pas l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus par le test Pap, chez les femmes vaccinées et non vaccinées. Les médecins doivent poursuivre leurs activités de dépistage habituelles.

À la suite du rapport de l'INSPQ, le MSSS mettra en place plusieurs actions prioritaires dont le développement d'un guide de pratique provincial, un projet de démonstration pour expérimenter l'ordonnance collective avec des infirmières, un groupe de travail sur les mécanismes d'assurance-qualité pour la cytologie et un projet de démonstration pour tester un système d'invitation et de rappel des femmes qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.

Le dépistage du cancer du col utérin : état de la situation régionale

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, les nouveaux cas de cancer du col utérin représentent 1,6 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer pour la période 2003-2006, soit une moyenne de 15 cas annuellement. La comparaison des différentes périodes montre une stabilité du nombre de nouveaux cas. Les femmes les plus touchées sont âgées entre 20 et 49 ans (63,3 %). Pour la période 2004-2007, le cancer du col utérin est responsable de 0,6 % des décès par cancer pour les femmes, soit une moyenne de 3 cas annuellement.

Par ailleurs, les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (2005) révèlent que la participation au dépistage par groupe d'âge en Chaudière-Appalaches est comparable à celle de l'ensemble du Québec.

Proportion de femmes ayant passé un test de PAP selon le groupe d'âge et le laps de temps écoulé, 2005

Âge	Dernière fois que le test a été passé	Chaudière-Appalaches		Le Québec	
		%	Population estimée	%	Population estimée
18-34 ans	3 ans ou moins	79	33 200	74	611 100
	Plus de 3 ans ou jamais	21	8 600	26	220 200
35-54 ans	3 ans ou moins	75	43 900	72	850 800
	Plus de 3 ans ou jamais	25	14 800	28	325 200
55-64 ans	3 ans ou moins	60	15 700	65	301 300
	Plus de 3 ans ou jamais	40	10 400	35	161 300
65 ans +	3 ans ou moins	30	8 300	32	175 900
	Plus de 3 ans ou jamais	70	19 200	68	369 200

Source : Statistique Canada, FMGD ESCC cycle 3.1, 2005.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Équipe – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

En attendant l'issu des travaux en cours au MSSS pour optimiser le dépistage du cancer du col utérin, les activités de dépistage opportuniste doivent se poursuivre dans la région. En parallèle, des efforts doivent être déployés pour favoriser la vaccination contre le VPH.

5.3.4 LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE : UN SUJET CONTROVERSÉ

Le cancer de la prostate constitue le cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la troisième cause de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer chez les canadiens[11]. (Voir Le cancer de la prostate, section 6.2.5).

Deux examens sont utilisés pour dépister le cancer de la prostate : le toucher rectal et le dosage sanguin de l'APS. Ces deux examens sont faciles à réaliser et peu coûteux, bien que les biopsies subséquentes à un résultat positif soient quant à elles onéreuses[282]. Comme le toucher rectal ne permet d'examiner qu'une portion de la prostate, 40 à 50 % des cancers de la prostate échappent à cet examen[282]. On lui préfère donc l'APS. L'APS est une substance produite par la prostate et libérée dans la circulation sanguine en petite quantité. On suspecte un cancer de la prostate lorsque le niveau sanguin d'APS dépasse un certain seuil[283]. Toutefois, l'APS sanguin peut augmenter pour bien d'autres raisons qu'un cancer dont, l'âge, une infection de la prostate et une hypertrophie bénigne de la prostate[284].

Saviez-vous que... malgré la publication de nouvelles recherches en 2009, il n'y a pas de preuve épidémiologique définitive que la détection précoce du cancer de la prostate à l'aide d'un dosage de l'APS entraîne une diminution de la mortalité liée à ce cancer?[283, 285]

Le dépistage du cancer de la prostate est controversé, et ce, principalement en raison du surdiagnostic qui l'accompagne. Une proportion non négligeable d'hommes ont un cancer de la prostate indolent, c'est-à-dire qu'il évoluera si lentement que la probabilité qu'ils en souffrent un jour est extrêmement faible[282]. Mais l'APS et les examens diagnostiques subséquents ne permettent pas de distinguer ces tumeurs indolentes, non menaçantes, des tumeurs agressives mettant la vie en danger. Ainsi, une grande partie des hommes chez qui on dépiste un cancer de la prostate subiront des tests d'investigation et traitements invasifs pour un cancer qui n'aurait jamais mis leur vie en danger. De plus, les tests diagnostiques et traitements qu'ils recevront comportent des risques d'effets secondaires, comme l'incontinence et l'impuissance, affectant considérablement la qualité de vie.

Selon la plus récente étude européenne évaluant l'efficacité du dépistage, pour chaque homme qui bénéficie réellement du dépistage du cancer de la prostate en voyant sa durée de vie s'allonger de façon significative, 47 autres hommes sont traités inutilement[285]. Ceci est une illustration éloquente des inconvénients liés au surdiagnostic et au surtraitement qui accompagne le dépistage du cancer de la prostate avec les outils actuellement disponibles. Ainsi, la plupart des experts s'entendent pour dire que le dépistage du cancer de la prostate ne deviendra acceptable que lorsque des tests capables de distinguer les cancers de la prostate potentiellement fatals des cancers indolents seront être mis au point[286].

Le dépistage du cancer de la prostate : état de situation régionale

Il n'y a pas de données récentes sur le dosage de l'APS et la pratique du toucher rectal⁴⁶ en Chaudière-Appalaches, mais on peut raisonnablement suspecter que le dépistage opportuniste du cancer de la prostate soit assez répandu. Outre de documenter ces pratiques sur le territoire, il est impératif de soutenir les médecins de familles, urologues et autres intervenants de la santé impliqués auprès des hommes pour favoriser leur compréhension des subtilités de la problématique du dépistage du cancer de la prostate. Il est aussi impératif que ces intervenants comprennent l'importance de bien informer les patients des enjeux complexes de ce dépistage avant de s'engager sur cette voie.

⁴⁶ L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne pose plus la question du dépistage du cancer de la prostate.

Recommandations pour l'ensemble des dépistages

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

Les actions suivantes sont recommandées.

	Le dépistage des cancers
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	
Renforcer l'action communautaire	Informar les organismes communautaires sur les recommandations portant sur les dépistages chez les hommes et chez les femmes.
Acquérir des aptitudes individuelles	Poursuivre les activités de dépistage du cancer du col utérin, tant chez les femmes vaccinées contre le VPH que chez les femmes non vaccinées.
Réorienter les services de santé	Former les professionnels de la santé et des services sociaux sur les indications et les limites des dépistages : par exemple médecins, agents de promotion des saines habitudes de vie, infirmières des GMF, infirmières-pivots en oncologie, infirmières répondantes du PQDCS.
	Former les intervenants de la santé (médecins, infirmières, infirmières-pivots en oncologie, infirmières et médecins des GMF et agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS) sur la prise de décision éclairée de la personne pour tout dépistage du cancer.
	Former les intervenants impliqués en dépistage sur les saines habitudes de vie : les infirmières répondantes du PQDCS, les infirmières-pivots, les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS, les infirmières des GMF.
	Étudier avec soin les résultats des projets de démonstration du MSSS pour la mise en place des programmes de dépistage du cancer colorectal et de dépistage du cancer du col utérin.
	PQDCS <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le PQDCS chez les femmes de 50 à 69 ans et adapter les services à l'accroissement de la population ciblée en priorisant la prise de décision éclairée des femmes. • Former les intervenants de la santé (médecins, infirmières des centres de référence pour investigation désignés, infirmières-pivots en oncologie, infirmières et médecins des GMF, répondantes du PQDCS en CSSS et agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS) sur la prise de décision éclairée de la personne.
	Dépistage du cancer colorectal : documenter l'ampleur et la nature des pratiques de dépistage opportunistes dans la région et leurs impact sur l'accès aux examens endoscopiques pour les personnes symptomatiques et les personnes à haut risque de cancer colorectal.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

LES PRIORITÉS POUR LE DÉPISTAGE DES CANCERS

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Dépistage des cancers
Réorienter les services de santé	Renforcer l'efficacité des activités du PQDCS en priorisant la prise de décision éclairée des femmes.
	Étudier avec soin et agir en conséquence pour la mise en place des programmes de dépistage du cancer colorectal et du col utérin.
	Renforcer la formation des professionnels de la santé pour assurer un bon dialogue avec les personnes susceptibles de bénéficier d'un dépistage notamment pour assurer une prise décision éclairée.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

6. INVESTIGUER ET DIAGNOSTIQUER

Cette section ainsi que la section sur les traitements concernent la promotion et la prévention appliquées aux soins curatifs pour les personnes atteintes de cancer. Le FMRC recommande que les personnes diagnostiquées d'un cancer suivent les recommandations pour la prévention du cancer (tabagisme, alimentation, poids et activité physique), si cela est possible et approprié[7]. La prévention chez les personnes atteintes de cancer est développée avec le chapitre sur les traitements. (voir section 8.2)

La section sur l'investigation et le diagnostic présente les données sur les nouveaux cas de cancer en Chaudière-Appalaches ainsi que des données plus détaillées sur les cancers les plus fréquents diagnostiqués dans la région.

Afin de poser la réflexion sur l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention à cette étape du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire), les services au diagnostic et pour les personnes atteintes de cancer sont présentés.

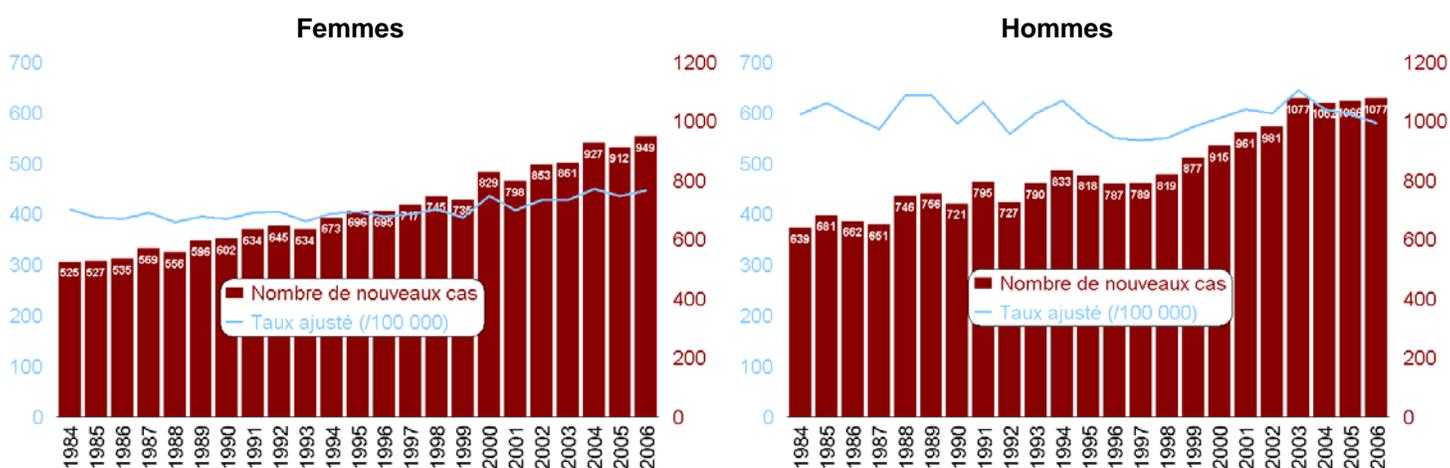
6.1 LES NOUVEAUX CAS DE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Cette section inclut des données régionales générales sur les nouveaux cas de cancer en Chaudière-Appalaches. Pour des informations plus détaillées, consulter le Recueil statistique. (voir Recueil statistique, table des matières)

6.1.1 UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE CAS, UNE STABILITÉ DU TAUX

Tant chez les femmes que chez les hommes, malgré une stabilité relative des taux de cancer, le nombre de nouveaux cas de cancer continue d'augmenter régulièrement (voir Recueil statistique, section 3.1.1).

Évolution du nombre de nouveaux cas et du taux d'incidence pour l'ensemble des cancers, Chaudière-Appalaches

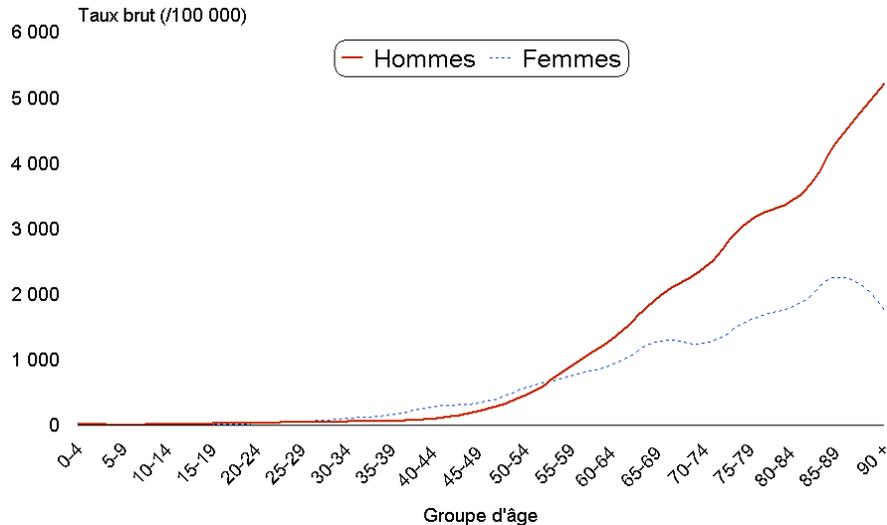


Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Projections de population, produites en janvier 2005.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Saviez-vous que... la croissance démographique et particulièrement le vieillissement de la population sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer?

Comme le montre la figure suivante, le taux d'incidence augmente avec l'âge. (voir Recueil statistique, section 1.2)

**Taux d'incidence pour l'ensemble des cancers,
Chaudière-Appalaches, 2003-2006**

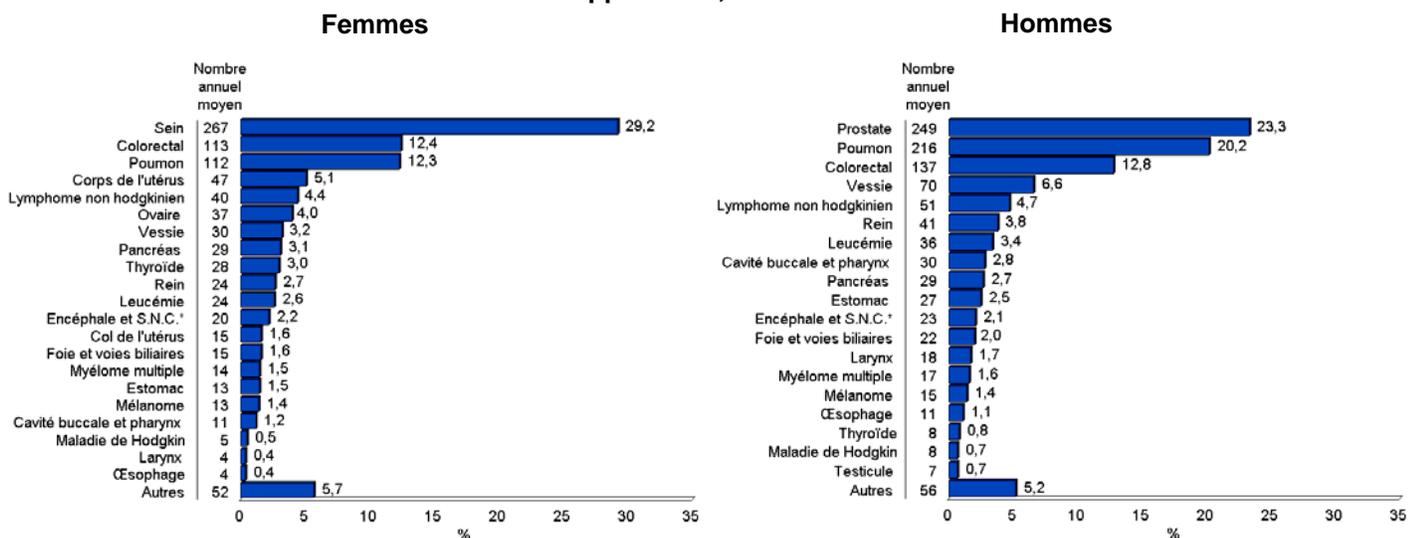


Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Projections de population, produites en janvier 2005.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

6.1.2 LA RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS DE CANCER

Chez les femmes, les cancers du sein, colorectal et du poumon représentent plus de la moitié (53,9 %) des nouveaux cas de cancer et demeurent les trois principales causes de nouveaux cas de cancer. Chez les hommes, les cancers de la prostate, du poumon et colorectal sont responsables de plus de la moitié (56,3 %) des nouveaux cas de cancer et demeurent également les trois principales causes de nouveaux cas de cancer.

Répartition (%) des nouveaux cas de cancer, Chaudière-Appalaches, 2003-2006



Encéphale et S.N.C.* : Encéphale et système nerveux central

Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

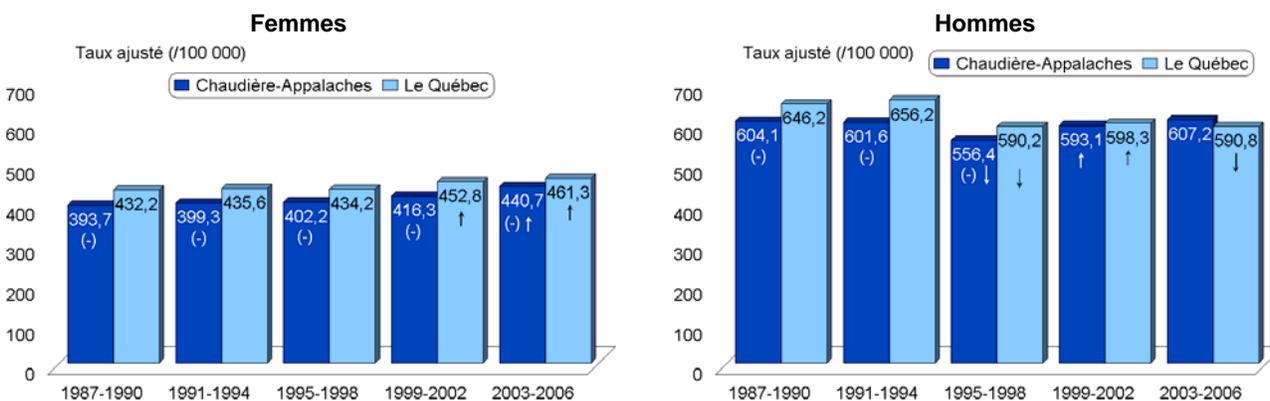
6.1.3 UNE SITUATION DIFFÉRENTE CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES

(voir Recueil statistique, section 3.1.1)

Chez les femmes de la région, les taux pour les nouveaux cas de cancer augmentent d'une manière significative seulement au Québec, et ce, pour les deux dernières périodes (↑). Le taux régional est inférieur à celui d'ailleurs au Québec (-).

Chez les hommes, les taux pour les nouveaux cas de cancer fructuent, mais ils sont stables dans la région pour la dernière période (2003-2006) comparativement à la période précédente alors qu'ils ont diminué ailleurs au Québec.

Évolution du taux d'incidence pour l'ensemble des cancers



(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (Chaudière-Appalaches comparée avec ailleurs au Québec).

↑ ↓ Test statistique montrant une valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de la période précédente, au seuil de 0,05 (Chaudière-Appalaches comparée avec Chaudière-Appalaches; ailleurs au Québec comparé avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Saviez-vous que... le risque de développer un cancer est plus élevé pour les hommes que pour les femmes?

6.1.4 LES JEUNES, UN PETIT NOMBRE, DES IMPACTS MAJEURS

Le cancer de jeunes âgés de 0 à 17 ans touche peu d'entre eux, soit une moyenne de 12 par année pour la période 2003-2006. Toutefois, les répercussions sur ces enfants et leurs familles sont majeures compte tenu de leur jeune âge. Tant dans la région qu'ailleurs au Québec, les cinq plus fréquents types de cancer chez les 0-17 ans sont :

- la leucémie;
- les tumeurs malignes de l'encéphale;
- la maladie de Hodgkin;
- les tumeurs malignes des os et du cartilage;
- les tumeurs malignes du tissu conjonctif et des autres tissus mous.

Nombre moyen pour 4 ans et taux d'incidence pour l'ensemble des cancers chez les moins de 18 ans, Chaudière-Appalaches

Période	Nombre annuel moyen	Taux brut (/100 000)
1987-1990	19	18,7
1991-1994	20	19,9
1995-1998	17	17,5
1999-2002	17	18,9
2003-2006	12	14,3

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Équipe – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Malgré sa rareté, le cancer chez l'enfant représente un problème de santé publique majeur[11].

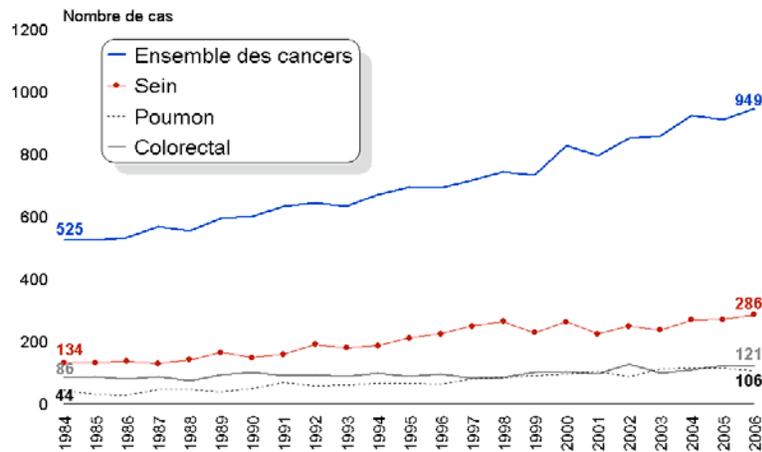
6.2 LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS

6.2.1 UNE COMPARAISON DES QUATRE CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS

Les quatre types de cancer les plus fréquents sont présentés. Pour plus de détails, consulter le recueil statistique (voir Recueil statistique, section 3.6).

Chez les femmes, le cancer du sein représente 25 % des nouveaux cas de cancer, alors que le cancer colorectal représente 13 % et le cancer du poumon 11 %.

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer et des trois types les plus fréquents, femmes, Chaudière-Appalaches

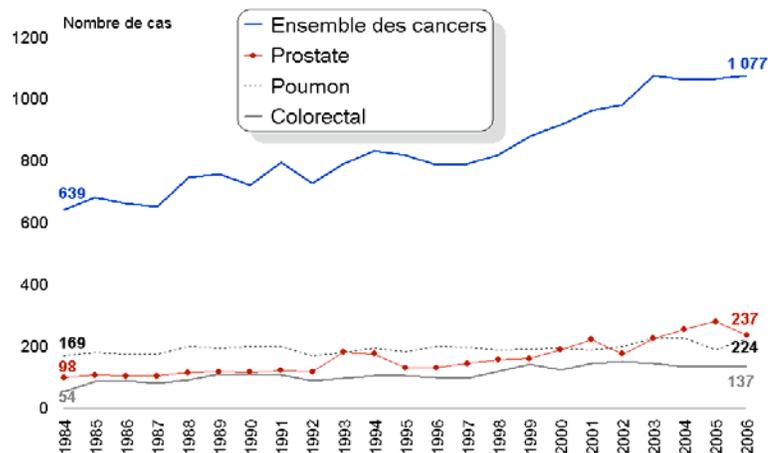


Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Chez les hommes, le cancer de la prostate représente 22 % des nouveaux cas de cancer, suivi de près par le cancer du poumon à 21 %, puis par le cancer colorectal à 13 %.

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer et des trois types de cancers les plus fréquents, hommes, Chaudière-Appalaches



Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

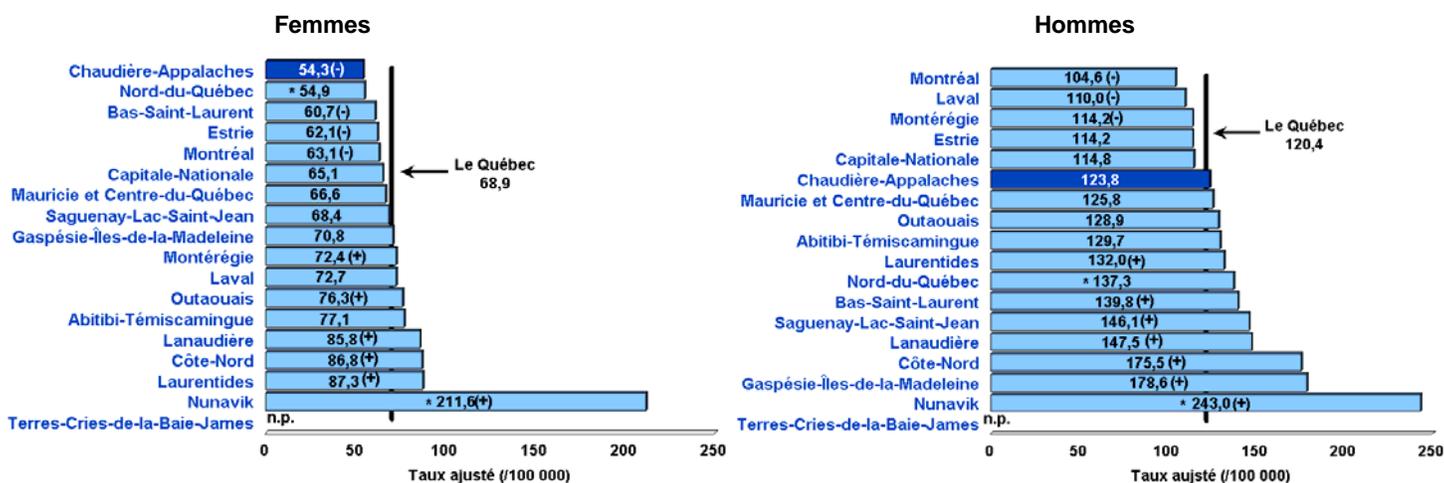
6.2.2 LE CANCER DU POUMON : POURSUIVONS LES EFFORTS PRÉVENTIFS
(voir Recueil statistique, section 3.3)

La région se situe avantageusement comparativement au Québec... mais le Québec est en position désavantageuse

Au cours des 25 dernières années, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon au Québec et dans la région a augmenté graduellement, et cela, tant chez les hommes que chez les femmes. Les cancers du poumon diagnostiqués actuellement reflètent les habitudes tabagiques d'il y a environ 30 ans, ainsi que les autres expositions liées au cancer du poumon.

Malgré une augmentation des nouveaux cas de cancer du poumon chez les femmes, le taux d'incidence (voir, section 1.2) de la région de la Chaudière-Appalaches est plus faible que celui d'ailleurs au Québec (-) et le plus faible pour l'ensemble des régions. Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon de la région est semblable à celui d'ailleurs au Québec.

Taux d'incidence du cancer du poumon, 2003-2006

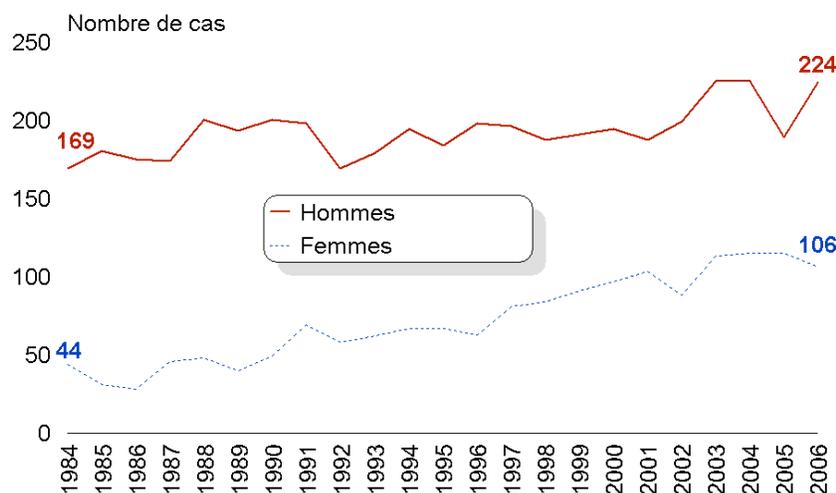


n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.
 * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.
 Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service- Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les hommes sont nettement plus touchés par le cancer du poumon que les femmes, même si l'écart s'amenuise avec les années car le nombre de nouveaux cas augmente plus vite chez les femmes que chez les hommes.

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer du poumon, Chaudière-Appalaches



Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Dans la région, comme au Canada d'ailleurs, le cancer du poumon survient plus tôt chez les femmes que chez les hommes. En effet, chez les femmes, plus du tiers (35 %) des nouveaux cas de cancer touchent les moins de 60 ans, alors qu'il touche le cinquième (20,2 %) des hommes de moins de 60 ans. Les femmes verraient leur risque de cancer du poumon accru du fait de leur plus grande prédisposition à capter certains agents cancérigènes présents dans la cigarette[123].

Saviez-vous que... le risque de développer un cancer du poumon était 5 fois plus grand chez les hommes que chez les femmes à la fin des années 1980? Il est maintenant réduit à 2,3 fois plus grand chez les hommes que pour les femmes car le nombre de nouveaux cas augmente plus vite chez les femmes que chez les hommes.

Les facteurs de risque et de protection

Le tabagisme est la principale cause du cancer du poumon. Les personnes qui vivent ou travaillent avec des fumeurs courent également un risque accru en raison de leur exposition à la fumée secondaire[287].

Les autres facteurs qui augmentent le risque de cancer du poumon sont les suivants[287] :

- exposition à un gaz appelé radon (voir Le radon, section 4.1.1.1);
- exposition à l'amiante (voir L'amiante, section 4.1.1.2) ainsi qu'à d'autres substances telles que l'arsenic (voir L'arsenic, section 4.1.2.1), ou consommation d'eau contenant des concentrations élevées d'arsenic, de chrome et de nickel, surtout chez les fumeurs;
- antécédents personnels de cancer du poumon;
- antécédents familiaux de cancer du poumon;
- pollution atmosphérique (voir La pollution atmosphérique, section 4.1.1.3);
- exposition en milieu de travail (voir L'exposition au travail, section 4.2).

Les travaux du FMRC ont mené à l'identification de facteurs dans le domaine de l'alimentation qui diminuent le risque de cancer du poumon, et d'autres qui l'augmentent.

L'alimentation, l'activité physique et le cancer du poumon selon le FMRC[7]		
	Diminue le risque	Augmente le risque
Convaincant	-----	Arsenic dans l'eau potable Suppléments de bêta-carotène
Probable	Fruits Aliments contenant des caroténoïdes	-----

Les travaux du FMRC ont également permis d'identifier des facteurs pour lesquels les études montrent des liens limités mais évocateurs qui diminuent le risque de cancer du poumon : les légumes non féculents, les aliments contenant du sélénium, les aliments contenant de la quercétine, le sélénium et l'activité physique. Les facteurs qui augmentent le risque sont les viandes rouges, les charcuteries, les graisses totales, le beurre, les suppléments de rétinol, le degré de corpulence moindre et l'activité physique[7].

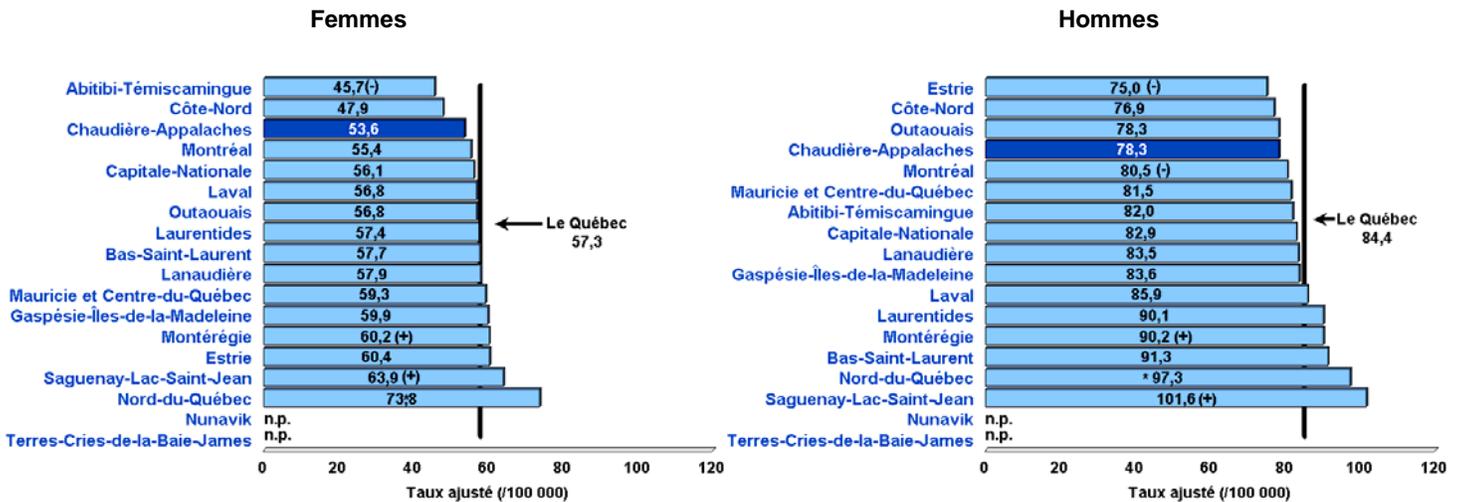
6.2.3 LE CANCER COLORECTAL : UNE SITUATION STABLE

Le cancer colorectal : une stabilité du taux d'incidence, une augmentation du nombre de cas

(voir Recueil statistique, section 3.2)

Le calcul du taux pour les nouveaux cas de cancer colorectal permet de positionner la région de la Chaudière-Appalaches parmi l'ensemble des régions du Québec. Le taux régional est semblable à celui d'ailleurs au Québec, tant chez les hommes que chez les femmes.

Taux d'incidence du cancer colorectal, 2003-2006



n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

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

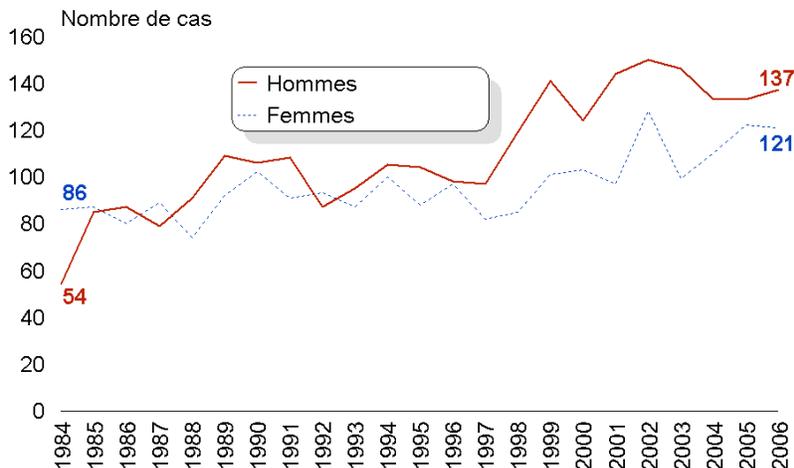
(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal des résidents de Chaudière-Appalaches augmente graduellement d'année en année, tant chez les femmes que chez les hommes. Le nombre d'hommes touchés demeure plus élevé que le nombre de femmes depuis une vingtaine d'années.

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer colorectal, Chaudière-Appalaches



Source : MSSS, Fichiers des tumeurs

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010

Les facteurs de risque

Le cancer colorectal n'est pas attribuable à une cause unique, mais certains facteurs pourraient accroître le risque qu'une personne en soit atteinte[288] :

- l'âge – en particulier après 50 ans;
- la présence de polypes (petites tumeurs bénignes sur la paroi interne du côlon ou du rectum);
- des antécédents familiaux de cancer colorectal – surtout si la personne (parent, frère, sœur ou enfant) en a été atteinte avant l'âge de 45 ans;
- une polypose familiale du côlon ou un cancer colorectal héréditaire sans polypose;
- une maladie inflammatoire touchant le tube digestif (colite ulcéreuse ou maladie de Crohn);
- le tabagisme;
- l'origine ethnique – risque accru pour les personnes d'ascendance ashkénaze (peuples juifs d'Europe de l'Est).

De plus, les travaux du FMRC ont mené à l'identification de facteurs dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique qui diminuent le risque de cancer colorectal, et d'autres qui l'augmentent.

L'alimentation, l'activité physique et le cancer colorectal selon le FMRC[7]		
	Diminue le risque	Augmente le risque
Convaincant	Activité physique	Viandes rouges Charcuteries Boissons alcoolisées (hommes) Corpulence Excès de graisse abdominale Taille à l'âge adulte
Probable	Aliments contenant des fibres Ail Lait Calcium	Boissons alcoolisées (femmes)

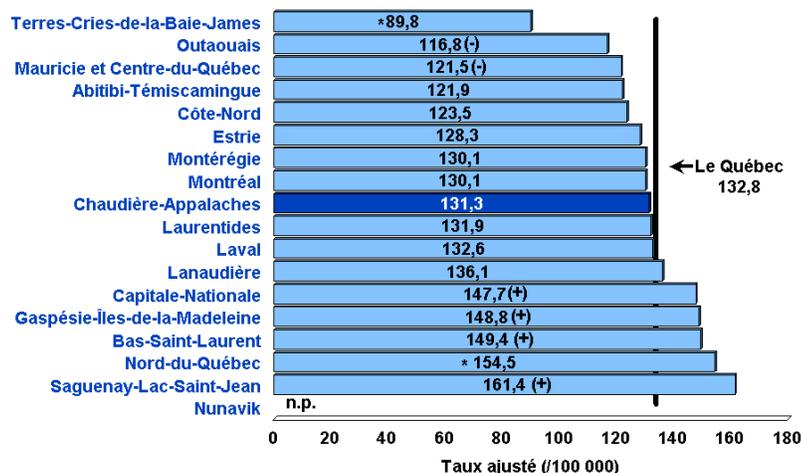
6.2.4 LE CANCER DU SEIN (voir Recueil statistique, section 3.5)

Le cancer du sein est le cancer le plus couramment diagnostiqué chez les femmes dans le monde. On estime actuellement qu'une femme sur neuf sera atteinte d'un cancer du sein dans sa vie. La majorité des cas sont maintenant diagnostiqués à un stade précoce de la maladie et environ 80 % des canadiennes survivent à un cancer du sein[289].

La région se situe au même taux que le Québec

Le taux de nouveaux cas de cancer du sein dans la région est semblable avec celui d'ailleurs au Québec.

Taux d'incidence de cancer du sein, 2003-2006



n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

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

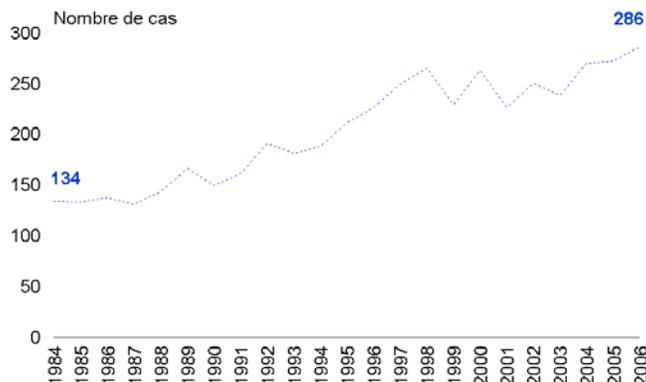
(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service - Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Depuis 1984, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein tend à augmenter. Pour plus d'information sur le lien avec le dépistage du cancer du sein, consulter la section Le dépistage du cancer du sein. (voir, 5.3.1)

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer du sein, Chaudière-Appalaches

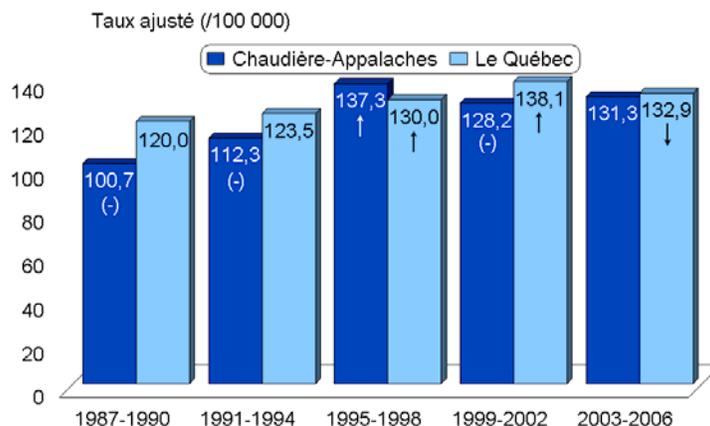


Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Toutefois, pour les deux dernières périodes, le taux d'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) de cancer du sein dans la région est stable. Il est comparable à celui d'ailleurs au Québec pour la période 2003-2006.

Évolution du taux ajusté d'incidence (/100 000) de cancer du sein, Chaudière-Appalaches et Québec, 1987-1990 à 2003-2006



(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (Chaudière-Appalaches comparée avec ailleurs au Québec).

↑ ↓ Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle de la période précédente, au seuil de 0,05 (Chaudière-Appalaches comparée avec Chaudière-Appalaches; ailleurs au Québec comparé avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les facteurs de risque majeurs

Saviez-vous que... Certains facteurs de risque dits majeurs peuvent faire plus que doubler le risque qu'une personne soit atteinte de cancer du sein?

1. Le sexe et l'âge

Les femmes sont 100 fois plus à risque que les hommes de développer un cancer du sein. Le risque augmente avec l'âge (une femme de 60 ans est 10 fois plus à risque de développer un cancer du sein que celle âgée de 30 ans). La grande majorité des cancers du sein sont diagnostiqués après 50 ans (environ 75 %) et rarement avant 25 ans[289].

2. L'hérédité : un facteur de risque majeur à évaluer

Les femmes ayant une histoire familiale de cancer du sein ou de cancer de l'ovaire des côtés *maternel et paternel* sont plus à risque de développer un cancer du sein. Le risque augmente avec le nombre et le degré de parenté (1^{er}, 2^e ou 3^e degrés) des personnes atteintes ainsi que l'âge auquel elles ont été atteintes (ex : en préménopause). Une femme dont une parente du 1^{er} degré (mère, fille, sœur) a souffert d'un cancer du sein avant 60 ans voit son risque doubler à tripler de développer un cancer du sein.

Entre 4 et 9 % des cancers du sein seraient causés par des mutations génétiques héritées telles que BRCA1 et BRCA2[7] qui augmentent de 10 à 20 fois le risque de développer un cancer du sein. Il est possible d'identifier ces gènes par un dépistage génétique[290].

3. L'histoire personnelle de cancer

Les femmes ayant déjà eu un diagnostic de cancer du sein ou de cancer ovarien sont de 2 à 10 fois plus à risque de développer un cancer du sein[290].

Le traitement par irradiation au thorax peut faire augmenter le risque de développer un cancer du sein particulièrement lorsque le traitement a eu lieu durant la puberté[290] ou avant l'âge de 30 ans. Par exemple, dans la maladie de Hodgkin, ce risque peut être augmenté de 5 à 20 fois[7, 289, 290].

4. Des conditions particulières du sein

Une histoire personnelle de carcinome in situ (lobulaire ou canalaire) ou de maladies prolifératives *avec atypies* constitue un facteur de risque majeur et constitue une indication de suivi médical (risque multiplié de 5 à 10 fois)[290]. Par ailleurs, les femmes qui présentent un fibroadénome ou un kyste au sein n'ont pas de risque supplémentaire de développer un cancer du sein[291].

Les femmes qui ont des seins très denses ont de 4 à 6 fois plus de risque de développer un cancer du sein[7]. La mammographie est la seule façon d'évaluer la densité mammaire.

Les facteurs de risque mineurs

Les facteurs de risques mineurs entraînent une augmentation du risque de moins du double. Le cumul des facteurs de risque mineurs est à considérer. Certains d'entre eux peuvent être modifiés, d'autres non.

Le maintien de hauts niveaux d'hormones pendant de longues périodes augmente le risque de développer un cancer du sein[7, 289, 290]. (voir Les facteurs de risque, section 1.1.1)

1. L'âge des premières menstruations

Les femmes ayant débuté leurs menstruations **après** l'âge de 12 ans auraient un risque inférieur de 10 à 25 % de développer un cancer du sein comparativement à celles ayant été menstruées plus tôt[7, 289, 290].

2. L'âge de la ménopause

Être ménopausée à plus de 55 ans augmenterait le risque de développer un cancer du sein comparativement à celles ménopausées plus tôt[7, 289, 290].

3. Le nombre de grossesses et l'âge à la première grossesse

Donner naissance à au moins un enfant diminuerait le risque de 10 à 30 %. Ce facteur de protection augmente avec le nombre de grossesses (environ 7 % par grossesse subséquente). Par ailleurs avoir eu un premier enfant après l'âge de 35 ans en augmenterait le risque[7, 289, 290].

4. L'allaitement (voir L'allaitement, section 3.1.7)

L'allaitement est un facteur protecteur contre le cancer du sein en pré et post ménopause[7]. Il y aurait une relation entre la durée de l'allaitement et le niveau de protection (diminution du risque estimé selon différents auteurs à environ 3 % par 5 mois d'allaitement à 4,3 % pour chaque 12 mois d'allaitement[289].

5. L'hormonothérapie de remplacement à la ménopause

Il y aurait un risque légèrement augmenté d'utiliser l'hormonothérapie de remplacement particulièrement pendant une période prolongée et pour l'hormonothérapie combinée[289]. Le recours à l'hormonothérapie de remplacement combinant œstrogène et progestérone pour une période excédant 5 ans a été associé à une augmentation légère du risque relatif[290] d'environ 40 %[291]. Ce risque diminuerait en peu d'années après leur cessation[7, 289]. Il est important de discuter avec son médecin de leur indication qui demeure dans certains cas tout à fait pertinente.

6. L'utilisation de contraceptifs oraux combinés

Les données sur l'impact des contraceptifs oraux combinés (pilule anticonceptionnelle contenant oestrogène et progestérone) sont moins claires[289]. Il y aurait chez les utilisatrices régulières une légère augmentation du risque du cancer du sein (particulièrement pour celles ayant débuté les contraceptifs oraux durant l'adolescence)[292]. Par ailleurs, cette légère augmentation du risque serait transitoire; dès que l'usage a cessé, le risque diminue et revient à son niveau de base après 10 ans[289, 292]. Les nouvelles formulations présentement disponibles, incluant moins d'oestrogènes, ou les formulations en développement, pourront influencer le risque de façon différente. Enfin, on note une diminution significative du risque de cancer de l'endomètre et des ovaires avec l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (plus importante selon la durée de l'utilisation)[292].

À retenir... L'évaluation du risque de cancer du sein doit tenir compte des antécédents de cancer dans la famille immédiate jusqu'aux parents des 2 ^e et 3 ^e degrés.

Les travaux du FMRC ont mené à l'identification de facteurs dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique qui diminuent ou augmentent le risque de cancer du sein[7].

L'alimentation, l'activité physique et le cancer du sein selon le FMRC[7]

	Diminue le risque	Augmente le risque
<i>Femmes préménopausées</i>		
Convaincant	Allaitement	Boissons alcoolisées
Probable	Corpulence ¹	Taille à l'âge adulte Poids de naissance élevé
<i>Femmes postménopausées</i>		
Convaincant	Allaitement	Boissons alcoolisées Corpulence ¹ Taille à l'âge adulte
Probable	Activité physique	Gras abdominal Gain de poids à l'âge adulte

1. Noter que malgré le fait que la corpulence semble probablement diminuer le risque chez les femmes préménopausées, ce facteur de risque est largement identifié comme un facteur qui accroît le risque de développer un cancer du sein chez les femmes postménopausées et il est lié à plusieurs autres maladies chroniques.

Saviez-vous que...

- Les femmes ayant déjà eu un diagnostic de cancer du sein ou de cancer ovarien sont de 2 à 10 fois plus à risque de développer un cancer du sein?[290]
- Avoir ou d'avoir eu certains autres types de cancers comme un mélanome, un cancer colorectal, un cancer de l'endomètre ou un cancer de la thyroïde augmente les risques d'avoir un cancer du sein dans sa vie?
- Avoir été exposée à des radiations ionisantes pour un traitement médical avant l'âge de 30 ans augmente de 5 à 20 fois le risque de développer un cancer du sein[7, 290]?
- Le traitement pour la maladie de Hodgkin avant 30 ans par exemple est un facteur de risque très élevé[289]?

Réduire le risque de cancer du sein

Les femmes peuvent réduire leur risque de cancer en maintenant un poids optimal, en buvant moins d'alcool et en pratiquant une activité physique[7].

- **Maintenir un poids optimal** : Les femmes ayant un IMC>25 **après la ménopause** auraient un risque de 20 à 40 % plus élevé que les femmes ayant IMC<21 (augmentation de l'ordre de 5 % par 5 kg de gain de poids[289]). Pour des raisons non claires, avec les mêmes IMC en préménopause on observe un effet inverse[7, 289].(voir Le poids santé, section 3.1.3)
- **L'alcool** : L'usage d'alcool (sous forme de bière, vin ou spiritueux) augmente le risque de développer un cancer du sein. L'augmentation du risque est en lien avec la quantité d'alcool consommée. Il n'y aurait pas de seuil limite identifié à partir duquel l'effet de l'alcool se fait ressentir. Le risque relatif augmenterait de 7 % par consommation de 10 grammes d'alcool par jour[289]. Enfin, il est suggéré que d'augmenter la prise de folates (trouvés dans les légumes verts tels les épinards, le brocoli, les oranges, etc.) pourrait réduire le risque de cancer du sein associé à la consommation d'alcool[289]. (voir L'alcool, section 3.1.5)

- **L'activité physique** : L'activité physique régulière diminue le risque de cancer du sein en postménopause, et possiblement en préménopause. Il y a peu de précision sur la fréquence, durée et intensité requises mais il y aurait une diminution plus importante avec un plus haut niveau d'activité[7, 289]. (voir L'activité physique, section 4.1.4).
- **L'alimentation** : Des recherches supplémentaires sont requises. Les preuves scientifiques d'une association entre la consommation élevée de gras et une augmentation du risque de développer le cancer du sein est limitée et si effet il y a, il serait minime[289]. Une déficience en vitamine D serait un des facteurs de risque mineurs de développement du cancer du sein[290, 291].
- **La cigarette** : Selon une étude canadienne publiée en 2006, l'augmentation du risque de développer un cancer du sein pourrait être associée à la durée, la quantité, l'exposition cumulative et l'âge auquel l'usage a débuté[289]. Une longue histoire de tabagisme serait considérée comme un des facteurs de risque mineurs[290, 291].

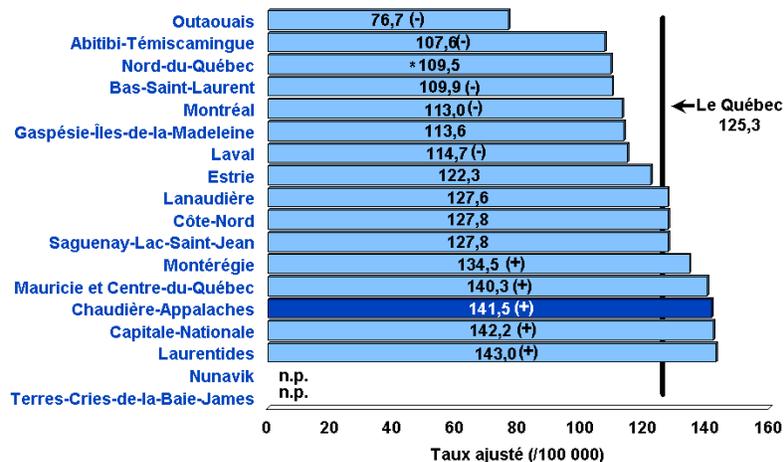
6.2.5 LE CANCER DE LA PROSTATE (voir Recueil statistique, section 3.4)

Les travaux de l'INSPQ indiquent que l'estimation de l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) du cancer est fort probablement sous-déclarée dans les banques de données, particulièrement en ce qui concerne les cas de cancer de la prostate[21], en partie parce que certains de ces cas peuvent être traités sans être hospitalisés.

La région se situe désavantageusement comparativement au Québec

Le taux d'incidence est plus élevé dans la région qu'ailleurs au Québec (+).

Taux d'incidence du cancer de la prostate, 2003-2006



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

n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

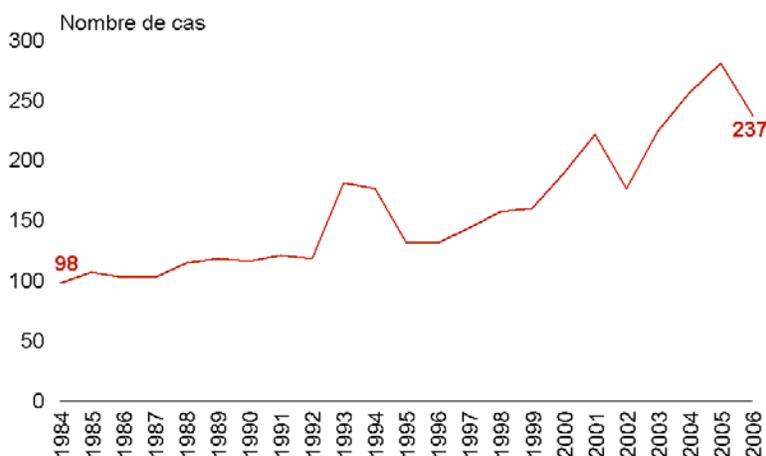
(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des tumeurs et Projections de population, produites en janvier 2005.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Depuis 1984, le nombre de cas de cancer de la prostate augmente graduellement, malgré une baisse pour la dernière année. L'évolution dans le temps indiquera plus tard s'il s'agit d'une tendance à la baisse ou d'une année qui se démarque. Le dépistage du cancer de la prostate par l'APS spécifique peut avoir influencé cette courbe ascendante (voir Le dépistage du cancer de la prostate section 5.3.4).

Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, Chaudière-Appalaches



Source : MSSS, Fichiers des tumeurs.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les facteurs de risque

Il n'y a pas de cause principale du cancer de la prostate, mais certains facteurs peuvent accroître le risque de développer la maladie.

Les risques sont plus élevés chez les personnes :

- âgées de 65 ans et plus;
- ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate;
- ayant des ancêtres d'origine africaine.

Des facteurs de risque possibles tels que l'inactivité physique, un régime alimentaire riche en matières grasses et l'exposition professionnelle à un métal appelé cadmium ainsi que l'obésité sont présentement à l'étude[293].

Les travaux du FMRC ont mené à l'identification d'aliments et de suppléments qui diminuent le risque de cancer de la prostate, et d'autres qui l'augmentent.

L'alimentation, l'activité physique et le cancer de la prostate selon le FMRC[7]		
	Diminue le risque	Augmente le risque
Probable	Aliments contenant du lycopène Aliments contenant du sélénium Sélénium	Alimentation riche en calcium

Les travaux du FMRC ont également permis d'identifier des facteurs pour lesquels les études montrent des liens limités mais évocateurs qui diminuent le risque de cancer du de la prostate : les légumes secs, les aliments contenant de la vitamine E et l'alpha-tocophérol (vitamine E). D'autres l'augmentent : les charcuteries ainsi que le lait et les produits laitiers[7].

6.3 LES SERVICES AU DIAGNOSTIC POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET LEURS PROCHES

Dès l'annonce du diagnostic, le patient et ses proches (voir glossaire) devraient pouvoir compter sur la présence d'une infirmière-pivot en oncologie. Ces infirmières devraient faire partie intégrante de l'Équipe interdisciplinaire en oncologie locale des quatre centres hospitaliers de la région, soit le CSSS de Montmagny-L'Islet - installation Hôpital de Montmagny, le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis, le CSSS de Beauce – installation Hôpital de Saint-Georges et le CSSS de la région de Thetford – installation Hôpital de Thetford. Toutefois, leur nombre est insuffisant actuellement.

Le rôle des infirmières-pivots est d'intervenir précocément, lorsqu'elles sont présentes, dès l'annonce du diagnostic pour tous les types de cancer. Elles réalisent plus particulièrement des activités d'évaluation des besoins, d'information et d'enseignement, de soutien et d'accompagnement tout au long du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire) ainsi qu'elles s'assurent de la coordination et de la continuité des actions entre les professionnels et entre les lieux où sont offerts les soins[294]. Toutefois, la non-consolidation financière actuelle des équipes en oncologie et en soins palliatifs dans chacun des centres et le nombre insuffisant d'infirmières-pivots en oncologie fait que les patients n'ont pas tous accès à l'infirmière-pivot. Cette situation influence négativement l'accessibilité, la complémentarité, la continuité et la qualité des soins et des services.

Dans chacun des CSSS de la région, la mise en place d'un intervenant répondant en oncologie et en soins palliatifs favorisera l'accès, la continuité et la complémentarité des soins et des services. Actuellement, seul le CSSS du Grand Littoral dispose de tels intervenants et les résultats sont très positifs, tant pour le patient que pour les professionnels et les intervenants du réseau local. Par ailleurs, les activités formatives en cours (Interdisciplinarité et Accompagnement) regroupant les intervenants dédiés des CLSC et les équipes interdisciplinaires en oncologie et en soins palliatifs des centres hospitaliers contribuent à l'appropriation des rôles et responsabilités de chacun des intervenants. Ce qui a conduit à l'expérimentation et à la mise en place de nouveaux processus de travail permettant de répondre de façon plus efficiente aux besoins des patients et des proches (voir glossaire) dès l'annonce du diagnostic et tout au long du processus de soins.

Un nouveau mécanisme pour les personnes atteintes de cancer sans médecin de famille

En matière de suivi médical, chaque territoire de CSSS dispose actuellement d'un guichet d'accès pour patients sans médecin de famille. Ainsi, dès l'annonce d'un diagnostic de cancer ou d'une phase palliative, un patient dépourvu d'un médecin de famille est référé systématiquement à ce guichet afin qu'une prise en charge et un suivi médical lui soient assurés.

Les services au diagnostic en pédiatrie

Concernant le volet pédiatrique, les patients de Chaudière-Appalaches sont référés au centre suprarégional, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUL), dès qu'il y a suspicion de cancer. Toutefois, si le patient et ses parents le désirent, ils peuvent recourir à des services de chimiothérapie dans le centre hospitalier de leur territoire.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Investigation et diagnostic
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	
Renforcer l'action communautaire	<p>Consolider les interrelations entre les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS et les organismes communautaires impliqués en cancer pour la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires impliqués en cancer afin de favoriser les références.</p>
Acquérir des aptitudes individuelles	Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie.
Réorienter les services de santé	<p>Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Former les professionnels impliqués en cancer sur le counselling bref pour la cessation tabagique, la saine alimentation et la pratique d'activité physique.</p> <p>Consolider les postes d'infirmières-pivots et les équipes interdisciplinaires en oncologie dans les centres hospitaliers.</p> <p>Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.</p> <p>Former les intervenants en oncologie sur les mesures efficaces en prévention des cancers (saines habitudes de vie, cancérogènes et dépistages pertinents et les mesures préventives pour les personnes atteintes de cancer).</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

LES PRIORITÉS DE L'INVESTIGATION ET DU DIAGNOSTIC

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Investigation et diagnostic
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires impliqués en cancer afin de favoriser les références.
Réorienter les services de santé	Consolider les postes d'infirmières-pivots et les équipes interdisciplinaires en oncologie dans les centres hospitaliers.
	Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.
	Former les intervenants en oncologie sur les mesures efficaces en prévention des cancers (saines habitudes de vie, cancérogènes et dépistages pertinents et les mesures préventives pour les personnes atteintes de cancer).

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

7. LE SOUTIEN ET L'ADAPTATION À TOUTES LES ÉTAPES DU CONTINUUM

Le soutien aux personnes atteintes de cancer et leurs proches (voir glossaire) revêt une importance majeure tout au long du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire), tel qu'il est préconisé et décrit dans le Programme québécois de lutte contre le cancer[9] et le Programme régional de lutte contre le cancer[25].

Les services de soutien représentent les piliers sur lesquels s'appuient des services offerts en matière d'adaptation et de réadaptation[295]. Selon les besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches, les services de soutien peuvent s'inscrire sous différentes formes ou dimensions : santé physique, mentale, psychologique, sociale, morale et spirituelle, ainsi que les dimensions d'ordre matériel, financier et pratique comme le transport et l'hébergement et s'articuler à la fois dans le milieu hospitalier et dans la communauté.

Le soutien de la personne tout au long du continuum de soins et de services en cancer peut se réaliser de façon générale par l'implication individuelle des intervenants et professionnels ou encore, de façon plus spécifique par l'implication des équipes interdisciplinaires. La composition désirée des équipes interdisciplinaires est présentée à l'annexe 1. (voir annexe 1)

Plusieurs équipes interdisciplinaires interviennent actuellement à diverses étapes du continuum de soins et services pour différentes formes de soutien :

- équipe habitudes de vie et maladies chroniques de la DSPE;
- équipes interdisciplinaires en prévention en CSSS, incluant l'agent de promotion des saines habitudes de vie;
- équipes interdisciplinaires en oncologie en centre hospitalier, incluant l'infirmière-pivot;
- équipes interdisciplinaires en soins palliatifs, soit en CSSS, en centre hospitalier ou dans une maison de soins palliatifs. Ces équipes incluent occasionnellement un répondant en oncologie ou une infirmière-pivot.

Ces équipes collaborent à des degrés variables avec les organismes communautaires. Les ententes restent à être formalisées par les CSSS, en fonction des missions et activités respectives.

7.1 LE SOUTIEN

Le soutien s'avère nécessaire tant pour l'application des actions préventives que pour les aspects psychologiques, sociaux et spirituels. De nombreux intervenants et partenaires sont impliqués, notamment les organismes communautaires.

7.1.1 SOUTENIR LES ACTIONS PRÉVENTIVES

Les informations sur le soutien des actions préventives sur les saines habitudes de vie se retrouvent :

- pour la population en santé et les personnes en rémission dans la section Soutenir les efforts préventifs (voir section 3.3);
- pour les personnes atteintes de cancer, dans la section sur les traitements (voir Les traitements curatifs et préventifs, section 8.2) et les soins palliatifs (voir Les soins palliatifs et les soins de fin de vie, section 10.2).

7.1.2 STRESS, DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉS AU CANCER

Le stress favorise le développement de conditions prédisposant au cancer. Inversement, le cancer, de même que son traitement, génèrent souvent du stress et sont associés à de la détresse émotionnelle chez les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

La détresse

Terme utilisé pour ne pas rendre pathologique une réponse normale à une maladie menaçante, la détresse caractérise les défis émotionnels vécus par le patient et ses proches (voir glossaire)[296]. On peut la définir comme une expérience déplaisante de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale et/ou spirituelle pouvant interférer avec la capacité de composer avec le cancer, ses symptômes physiques et ses traitements[297].

Tout au long de l'évolution de la maladie, cette condition touche près de la moitié des patients, selon le D^r Pierre Gagnon, psychiatre spécialisé en oncologie à l'Hôtel-Dieu de Québec. Pour en souligner l'importance, la Stratégie canadienne pour le contrôle du cancer a fait de la détresse le sixième signe vital à tenir compte dans l'évaluation du patient[298]. Négliger cet aspect compromet les résultats des traitements, décroît la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et accroît les coûts de santé[299].

La détresse s'étend sur un continuum allant des peurs communes aux affections psychiatriques[297]. Environ 50 % des patients avec un cancer avancé correspondent aux critères d'un désordre psychiatrique, les plus communs étant le trouble d'adaptation (11 à 35 %) et la dépression majeure (5 à 26 %). Des symptômes significatifs d'anxiété se retrouvent chez 25 à 48 % des patients alors que 2 à 14 % des personnes atteintes de cancer avancé correspondent aux critères des troubles anxieux incluant le syndrome de stress post-traumatique. Selon les paramètres employés lors de l'évaluation, on notera par ailleurs qu'entre 20 et 80 % des patients sont atteints d'une forme atténuée de ce syndrome[300].

L'implantation régionale d'un outil d'évaluation du degré de détresse chez les patients en oncologie est prévue en 2011.

Risque suicidaire à l'annonce du diagnostic

Plusieurs recherches menées dans différents pays ont démontré que les personnes atteintes de cancer présentent des taux d'idéations suicidaires et de suicide supérieurs, allant jusqu'à deux fois celui de la population générale[301, 302]. Le risque de suicide serait particulièrement élevé au cours des trois premiers mois suivant le diagnostic, puis une seconde période à risque survient 12 à 14 mois après le diagnostic[303].

Parmi les facteurs de risque identifiés figurent un stade avancé de cancer lors du diagnostic, un âge avancé lors du diagnostic chez les hommes, un mauvais pronostic, des métastases, certains types de cancer, le manque de soutien social et des options de traitement limitées[301-304]. Certains de ces auteurs recommandent aux professionnels de la santé et des services sociaux de se préoccuper de la santé mentale des patients en oncologie et de vérifier s'ils présentent des idéations suicidaires.

Une enquête sur 425 personnes décédées par suicide a été réalisée en 1996 au Québec. Les renseignements sur l'état de santé étaient disponibles pour 419 personnes et révèle « qu'une personne sur quatre présentait au moment du décès un problème de santé physique majeur (24,7 %)[104]. Cependant, sur ce nombre, 30 personnes, soit moins du tiers, souffraient d'une maladie mortelle ou dégénérative (...). Le cancer est la maladie mortelle la plus souvent rapportée (...)[305]».

En Chaudière-Appalaches, l'analyse des dossiers des coroners pour les années 2006 à 2009 montre que, sur 50 personnes décédées par suicide dont les informations concernant leur santé physique sont disponibles, 14 d'entre elles étaient atteintes de cancer, soit 28,0%[306].

Dans le réseau de la santé, il serait opportun de tenir compte que les personnes diagnostiquées ou traitées pour un cancer sont confrontés à des difficultés importantes et qu'ils peuvent présenter des idées suicidaires. Le personnel concerné pourrait procéder à une estimation du potentiel suicidaire, particulièrement avec les hommes présentant un mauvais pronostic et recevant peu de soutien social, comme les hommes veufs, divorcés ou séparés.

En pratique... selon l'urgence suicidaire et la présence de symptômes dépressifs, le professionnel pourra choisir de remettre de la documentation sur la problématique du suicide et les services offerts en Chaudière-Appalaches aux personnes atteintes de cancer et leurs proches, les encourager à amorcer un suivi psychosocial ou assurer le lien avec les services d'aide en cas d'urgence. Les personnes atteintes de cancer et leurs proches peuvent contacter le service Urgence-Détresse au 1-866-APPELLE pour parler à un intervenant social en tout temps. Le site web «www.prevenirle-suicide.com» est aussi un outil d'information disponible.

7.1.3 LES PROGRAMMES DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET SPIRITUEL

Quelle que soit l'étape du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire), une proportion significative de personnes atteintes de cancer souffrira d'une morbidité sociale et psychologique lui étant associée. Cette dimension ajoute un fardeau supplémentaire tant aux patients qu'au système de santé; thème soutenu depuis des années par la Société canadienne du cancer[11]. Un aspect essentiel d'un modèle de soins adéquat serait donc de tenir compte de leurs besoins psychosociaux et spirituels par le biais de programmes développés à cet effet [307-310].

Les interventions de nature psychosociale, particulièrement les approches de groupe, ont prouvé leur efficacité clinique pour aider tant les patients que leurs proches (voir glossaire)[311]. Le plus souvent, elles sont offertes sous l'une de ces formes : psychoéducation, entraînement cognitif-comportemental ou thérapie de soutien.

Le contenu sur le soutien spirituel sera présenté ultérieurement.

Les périodes où l'intervention de soutien est la plus requise[296] :

- L'annonce du diagnostic;
- La période précédant et suivant les traitements;
- Lors de la récurrence de la maladie;
- Lors du passage de la phase curative à la phase palliative des traitements;
- Lors de la préparation à la fin de vie.

Le rapport coût-efficacité du soutien psychosocial a été démontré dans le domaine de la santé mentale. Cela a aussi été le cas pour des maladies physiques, particulièrement des affections chroniques. La recherche sur le cancer est encore faible dans ce domaine mais, en s'appuyant sur des données albertaines préliminaires, il y a tout lieu de croire que ce serait aussi le cas pour cette maladie au Canada [312-314].

7.1.4 LE SOUTIEN PAR DES MÉTHODES COMPLÉMENTAIRES

Certaines orientations avant-gardistes abondent vers le recours à la médecine intégrée à titre de mesure préventive dans les affections chroniques, et cela, tant au niveau primaire (saines habitudes de vie), que secondaire (gestion du stress pour réduire les facteurs de risque) ou tertiaire (gestion des symptômes de la maladie et de son traitement)[315-317].

L'oncologie intégrée

La dernière décade a vu émerger l'oncologie intégrée, combinant chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie avec des modalités des médecines alternatives et complémentaires répondant aux exigences de sécurité et d'efficacité telles qu'elles sont définies par les approches basées sur les données probantes[318-321].

Les approches psychocorporelles

Parmi les médecines alternatives et complémentaires, les thérapies psychocorporelles ne sont employées que par moins de 20 % des personnes atteintes de cancer. Selon certains chercheurs, les thérapies psychocorporelles devraient être plus encouragées pour des indications où leur efficacité est démontrée, notamment dans une approche intégrée des traitements contre le cancer où la recherche est bien soutenue[318, 322]. Elles pourraient même servir de pont entre les survivants et les services de soutien psychosocial[323].

Une approche basée sur la motivation personnelle et l'encouragement à l'autonomie va dans le sens de bons résultats en termes de santé globale[324-326]. Par ailleurs, tout en favorisant une prise en charge personnelle, on veillera à mettre à profit les forces créées par un groupe d'appartenance où l'on peut se sentir à l'aise et en sécurité. C'est pourquoi, au sein d'un foisonnement d'approches psychocorporelles, on doit privilégier celles pouvant être enseignées et pratiquées en groupe, car la neurobiologie est maintenant à même de démontrer les bienfaits sur le stress d'un rassemblement bien choisi[327-329].

La méditation, le yoga, le qigong et le taijiquan sont des exemples ayant la capacité d'évoquer une réponse de relaxation. Il est préférable que les personnes dispensant de telles approches fassent partie d'un ordre professionnel.

La méditation en oncologie

La méditation est un exemple typique d'approche psychocorporelle traditionnelle. La méditation de pleine conscience, également appelée présence attentive (*mindfulness*) fait l'objet de recherches en oncologie[330] et des résultats préliminaires décrivent les bienfaits sur la santé psychologique et physique. Chez des personnes atteintes de cancer, des niveaux plus bas de perturbations de l'humeur et de symptômes de stress étaient liés à de plus hauts degrés de présence attentive selon une échelle de mesure expérimentale[331].

La présence attentive (*Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR*) tire son origine des pratiques spirituelles bouddhistes. Cette approche a débuté en 1979 au Massachusetts afin de soulager des patients aux prises avec des douleurs chroniques [330]. Instaurée dans plus de 240 hôpitaux américains, cette approche commence à émerger au Québec[332-335].

Depuis 1997, un programme MBSR a été adapté au Tom Baker Cancer Centre de Calgary. Le programme MBSR fournit une opportunité de devenir conscient de ses réponses personnelles au stress, d'apprendre et de pratiquer des techniques de méditation qui amèneront des réponses au stress plus saines[336]. Une amélioration de la qualité de vie a également été remarquée dans les groupes pratiquant cette approche[337-339]. Des mesures des symptômes de dépression, d'anxiété, de colère, de confusion et de stress révélèrent une amélioration de ceux-ci chez un groupe hétérogène de patients cancéreux par rapport à un groupe de contrôle randomisé (liste d'attente) et le soulagement était encore observable six mois après l'intervention[336, 340]. Par ailleurs, la spiritualité et la croissance post-traumatique (*post-traumatic growth*) ont été associées à une meilleure qualité de vie, à un ajustement psychologique, à un

affect positif, de même qu'à une réduction de l'inconfort physique suivant un diagnostic de cancer. Un besoin a alors été identifié pour proposer des interventions qui pourraient encourager le développement de la spiritualité et de la croissance post-traumatique[341, 342].

Les effets du programme MBSR en termes de psychologie positive n'en sont qu'à un stade préliminaire de recherche. L'expérience a démontré que l'implantation d'un programme MBSR ou d'une version inspirée de celui-ci était réaliste en centre hospitalier et en clinique externe.

Allant dans le sens de la promotion de la santé mentale, un organisme communautaire offre des sessions de qigong (exercices de santé chinois) et de taijiquan (tai chi), deux approches psychocorporelles. Dans la même foulée, le CSSS de Beauce offre une approche psycho-éducative de groupe brève et structurée pour des femmes atteintes du cancer du sein.

En pratique... Deux modèles de soutien psychosocial aux personnes atteintes de cancer pourraient faire l'objet d'une recherche évaluative dans la région. D'une part, celui de la thérapie existentielle, encore en expérimentation par l'équipe du D^r Pierre Gagnon à l'Hôtel-Dieu de Québec; d'autre part, un programme fondé sur la présence attentive (pleine conscience), inspiré du MBSR mais adapté aux personnes atteintes de cancer et leurs proches[297, 341-343].

7.1.5 LE SOUTIEN PAR DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dix organismes communautaires répartis dans chaque territoire de la région s'impliquent spécifiquement en cancer dont un auprès des personnes de 0 à 18 ans. Neuf de ces organismes collaborent à mettre sur pied des groupes d'entraide et à réaliser diverses activités pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches (voir tableau Les organismes communautaires en Chaudière-Appalaches, dans la section 2.2). Ces services sont complémentaires à ceux du réseau de la santé et ils sont dispensés par des intervenants ou des bénévoles bénéficiant d'une formation et d'un encadrement adaptés à leurs fonctions et à la clientèle desservie. Certains de ces groupes ont récemment démarré des groupes s'adressant aux endeuillés.

De plus, trois services d'écoute téléphonique sont aussi accessibles pour l'ensemble de la population de la région : Tel-Écoute, SOS Ondes-Amitié et Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemin.

7.2 L'ADAPTATION

L'adaptation des personnes atteintes de cancer (et leurs proches (voir glossaire)) à sa nouvelle situation est favorisée par des interventions préventives, éducatives et thérapeutiques nécessaires tout au long du continuum de la maladie. Toutefois, c'est par un processus de réadaptation que cette personne développe ses capacités psychiques et physiques lui permettant de retrouver un équilibre psychologique et fonctionnel similaire ou supérieur à celui précédant sa maladie.

Par ailleurs, le soutien, l'adaptation et la réadaptation sont interdépendants, c'est-à-dire qu'ils se superposent et que l'un constitue le pilier sur lequel s'appuie l'autre, et qu'ils deviennent inclusifs au sein de l'équipe interdisciplinaire en oncologie, chaque membre ciblant son intervention afin de favoriser l'efficacité de l'équipe[295].

Avez-vous pensé à toutes les personnes qui peuvent intervenir en soutien tout au long du continuum de soins et de services en cancer?

Agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS, infirmière-pivot en oncologie, personnel infirmier, personnel infirmier spécialisé, psychologue, psychiatre, médecin de famille, médecin spécialiste, nutritionniste, intervenant social, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, inhalothérapeute, dentiste, pharmacien, auxiliaire familiale et sociale, agent de pastorale, préposé aux bénéficiaires, bénévole, représentant d'un organisme communautaire, technicien en loisir.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Le soutien et l'adaptation ²
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	
Renforcer l'action communautaire	<p>Évaluer la pertinence de développer un projet en lien avec un CSSS de la région et un (des) organisme(s) communautaire(s) à partir de l'approche <i>mindfulness-based cancer care</i>.</p> <p>Consolider les interrelations entre les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS et les organismes communautaires impliqués en cancer pour la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires impliqués en cancer afin de favoriser les références.</p>
Acquérir des aptitudes individuelles	Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie.
Réorienter les services de santé	<p>Promouvoir et soutenir à l'échelle de la région et pour toute forme de cancer une approche structurée de soutien psychosocial fondée sur des données probantes. Une piste pourrait être constituée d'une synthèse de matériel psycho-éducatif, d'approche cognitive-comportementale de groupe et d'apprentissage de techniques psychocorporelles.</p> <p>À l'annonce du diagnostic, compte tenu du risque suicidaire, outiller et encourager les personnes atteintes de cancer et leurs proches à contacter le 1-866-APPELLE pour parler à un intervenant social, en tout temps.</p> <p>Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Former les professionnels impliqués en cancer sur l'intervention minimale sur la cessation tabagique, la saine alimentation et la pratique d'activité physique.</p> <p>Consolider les postes d'infirmières-pivots et les équipes interdisciplinaires en oncologie dans les centres hospitaliers.</p> <p>Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.</p> <p>S'assurer que les équipes interdisciplinaires comprennent des ressources en soutien psychosocial et spirituel.</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

LES PRIORITÉS DU SOUTIEN ET DE L'ADAPTATION

(Transversal, tout au long du continuum de soins et de services en cancer)

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Le soutien et l'adaptation² pour les personnes atteintes de cancer
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires impliqués en cancer afin de favoriser les références.
Acquérir des aptitudes individuelles	Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie.
Réorienter les services de santé	Améliorer les références aux intervenants psychosociaux des CSSS.
	Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie.
	Former les professionnels impliqués en cancer en counselling bref sur la cessation tabagique, la saine alimentation, la pratique d'activités physiques et la gestion du stress.
	Consolider les mesures de soutien psychologique, social et spirituel pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.
	Consolider les équipes interdisciplinaires en oncologie par l'intégration d'intervenants psychosociaux et spirituels.
	Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

2. Inclut les personnes en rémission d'un cancer.

8. TRAITER LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Cette section concerne la promotion et la prévention appliquées aux soins curatifs pour les personnes atteintes de cancer.

Le FMRC recommande que les personnes diagnostiquées d'un cancer suivent les mêmes recommandations pour la prévention du cancer (tabagisme, alimentation, poids et activité physique), si cela est possible et approprié[7]. Les personnes diagnostiquées d'un cancer qui souhaitent réduire le risque de récurrence de la maladie, éviter un nouveau cancer primaire ou une maladie chronique, doivent être soutenues et encouragées à suivre les recommandations préventives du FMRC.

Les mesures préventives agissent à différents niveaux, comme par exemple une meilleure capacité de suivre les traitements, l'amélioration de la qualité de vie et l'augmentation des chances de guérison.

Le traitement des personnes atteintes de cancer est abordé en premier sous l'angle des hospitalisations. Le choix des établissements où les personnes sont hospitalisées dépend du type de cancer et des traitements nécessaires.

Certains traitements sont effectués dans la région, d'autres non, Ces considérations influencent la dispensation d'informations et d'interventions en prévention des saines habitudes de vie.

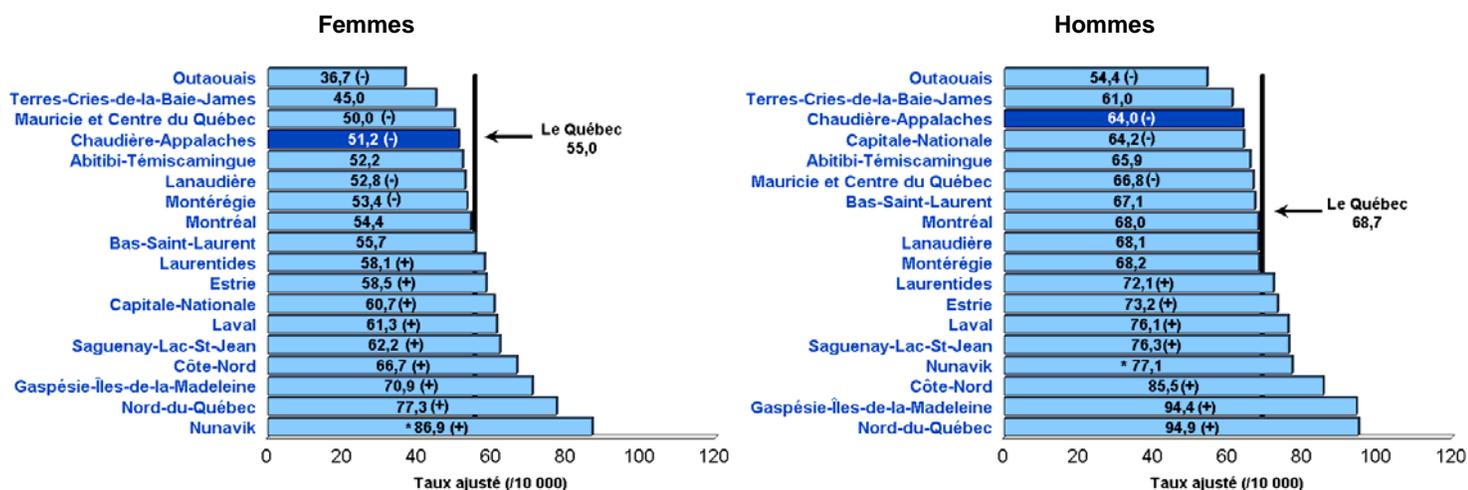
8.1 LES HOSPITALISATIONS : LA SITUATION EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Les données présentées portent sur les hospitalisations (voir Recueil statistique, section 1.2) de soins physiques de courte durée pour le cancer. Il s'agit des cas déclarés lors d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour⁴⁷. Les données montrent le nombre d'épisodes d'hospitalisation et non pas le nombre de personnes différentes hospitalisées. Pour plus de détails et pour consulter les données par CSSS, consulter le Recueil statistique (voir Recueil statistique, table des matières).

⁴⁷ Comme le système québécois de soins de santé vise la réduction maximale des admissions hospitalières et qu'en parallèle le personnel médical utilise de plus en plus des techniques diagnostiques et des procédures chirurgicales peu invasives, il est possible de diagnostiquer et traiter certains cas de cancer sans jamais nécessiter d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour. Selon une étude menée en 2003, le Fichier des tumeurs du Québec sous-représente le cancer de la prostate, du mélanome et de la vessie, dont l'estimation est respectivement de 32 %, 35 % et 14 %. (Daigle, 2008)[21]

Des taux d'hospitalisation plus faibles dans la région qu'ailleurs au Québec

Taux d'hospitalisation de soins physiques de courte durée pour cancer,
avril 2006 à mars 2009



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

(+) (-) Test statistique montrant une valeur significativement plus élevée ou plus faible au seuil de 0,05 qu'avec son territoire de comparaison (régions comparées avec ailleurs au Québec).

Sources : MSSS, Fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO et Projections de population, produites en janvier 2005.

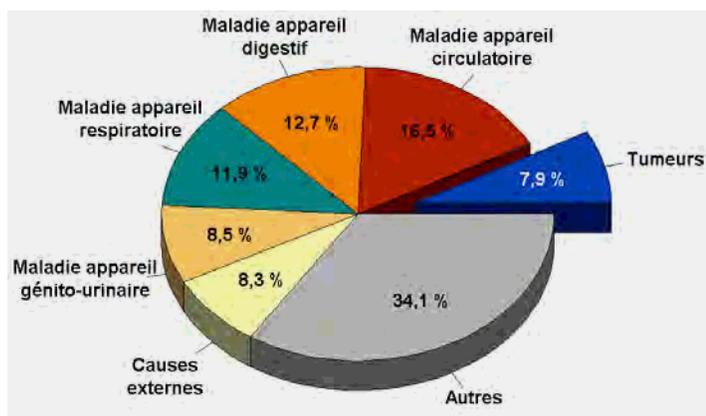
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Les hospitalisations pour cancer parmi l'ensemble des causes d'hospitalisation

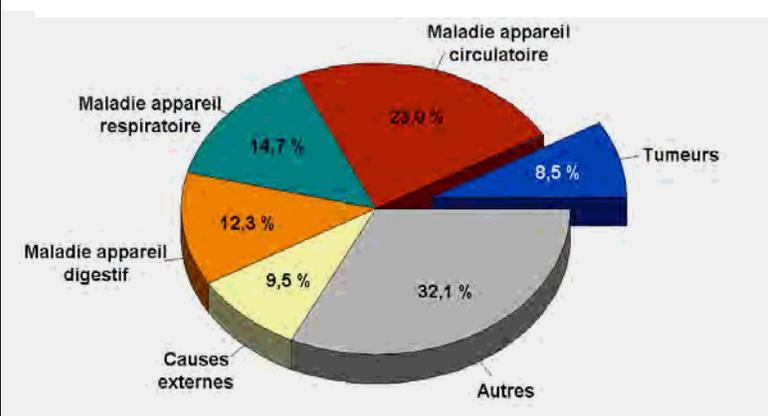
Parmi l'ensemble des causes d'hospitalisation (voir Recueil statistique, section 1.2), les tumeurs représentent la 6^e cause d'hospitalisation chez les femmes, tandis qu'elles représentent la 5^e cause chez les hommes. Les femmes âgées de moins de 50 ans (18,0 %) sont plus nombreuses à être hospitalisées que les hommes du même groupe d'âge (10,6 %) compte tenu des types de cancer qui affectent les femmes, notamment le cancer du sein.

Proportion (%) des hospitalisations de soins physiques de courte durée pour cancer parmi toutes les hospitalisations de soins physiques de courte durée et nombre et proportion (%) des hospitalisations pour cancer, Chaudière-Appalaches, avril 2006 à mars 2009

Femmes



Hommes



Âge	Nombre annuel moyen	%
0-39 ans	70	6,4
40-49 ans	128	11,6
50-59 ans	230	20,9
60-69 ans	268	24,3
70-79 ans	239	21,6
80 ans ou +	168	15,2

Âge	Nombre annuel moyen	%
0-39 ans	52	4,2
40-49 ans	79	6,4
50-59 ans	232	18,7
60-69 ans	396	32,0
70-79 ans	301	24,4
80 ans ou +	175	14,2

Note : Pour fin de comparaison selon le sexe, les codes O00-O99 (Grossesse accouchement et puerpéralité) ont été retirés chez les femmes.

Sources : MSSS, Fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO et Projections de population, produites en janvier 2010.
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

8.2 LES TRAITEMENTS CURATIFS ET PRÉVENTIFS

8.2.1 LES TRAITEMENTS MÉDICAUX

Le type de cancer, sa taille et sa localisation dans l'organisme ainsi que la nature des cellules qui le composent et l'état de santé général du patient représentent tous des paramètres à considérer pour le choix de la meilleure stratégie de traitement[17].

Les traitements des personnes atteintes de cancer sont la plupart du temps initiés par des médecins spécialistes (hémato-oncologues, radio-oncologues, chirurgiens ou médecins spécialistes en lien avec le cancer diagnostiqué), en collaboration avec les médecins de famille.

Les principaux traitements disponibles dans la région sont la chimiothérapie, accompagnée de thérapie ciblée (ou biothérapie), les traitements hormonaux et la chirurgie alors que la radiothérapie est offerte dans la région de la Capitale-Nationale et la radiochirurgie dans d'autres régions.

De plus en plus de recherches scientifiques montrent que les saines habitudes de vie sont efficaces tant en prévention primaire qu'en cours de thérapie pour les personnes atteintes de cancer[17].

Les recommandations préventives pour les personnes atteintes de cancer

Pendant et après le traitement, les personnes diagnostiquées d'un cancer, regroupant celles qui vivent avec un cancer et celles qui sont en rémission, devraient suivre l'ensemble des recommandations pour la prévention du cancer. Le FMRC a produit un document s'adressant à la population qui reprend les recommandations du rapport scientifique : *Les recommandations pour la prévention du cancer*[8] (http://www.fmrc.fr/PDFs/recommandations_000.pdf). Ce document porte sur l'alimentation, le maintien du poids corporel et l'activité physique et inclut également l'importance de ne pas fumer. Les professionnels de la santé et des services sociaux sont, pour leur part, invités à consulter le rapport complet du FMRC[7]. (<http://www.dietandcancerreport.org/?p=er&JServSessionldr010=sh9r0qixt5.app45a>)

Les personnes diagnostiquées d'un cancer qui souhaitent réduire le risque de récurrence de la maladie, éviter un nouveau cancer primaire ou une maladie chronique, doivent être soutenues et encouragées à suivre les recommandations préventives du FMRC [8].

Telles qu'elles sont mentionnées à plusieurs reprises dans ce rapport, les interventions préventives doivent également être dispensées auprès des personnes atteintes de cancer.

8.2.2 LA CESSATION TABAGIQUE

Les effets bénéfiques de l'abandon du tabac chez les patients en oncologie

L'importance de l'abandon du tabagisme pour réduire la morbidité et la mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) auxquelles font face les personnes atteintes de plusieurs types de cancers, grâce à la réduction des complications liées aux traitements, de la progression et/ou de la récurrence du cancer est relevée dans la littérature scientifique[344]. Les effets bénéfiques de l'abandon du tabac sont clairement démontrés dans les études chez les patients en oncologie. Les personnes qui continuent à fumer présentent un risque accru de complications liées aux traitements : complications postopératoires, pulmonaires, circulatoires et infectieuses. Mais également une altération de la cicatrisation des plaies, une exacerbation des affections comorbides et un risque accru de complications associées à la production accrue d'expectorations. Le tabagisme a des effets négatifs sur la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) (cancer du sein), sur le taux de réponse à la radiothérapie (cancers de la tête et du cou), sur la réponse aux traitements en général (cancer du rein, de la vessie et de la glotte) et sur le système immunitaire.

Les patients en oncologie qui continuent de fumer présentent un risque de développer une deuxième tumeur primitive et un risque accru de développer ou d'exacerber d'autres affections médicales (maladies pulmonaires obstructives chroniques, maladies coronariennes, maladie vasculaire périphérique, accident vasculaire cérébral, ulcère gastroduodéal ainsi que des infections respiratoires)[344].

Certains médecins et patients pensent que l'abandon du tabac après un diagnostic de cancer affectera négativement leur qualité de vie. Cependant, une enquête parmi d'anciens fumeurs atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules réséqué indique le contraire[344]. Certains effets bénéfiques très importants de l'abandon du tabac ont été identifiés : une amélioration générale des capacités respiratoires, une diminution de l'essoufflement, une diminution de la toux, une production réduite d'expectorations, une amélioration de l'odorat et du goût, un meilleur appétit, une amélioration du sommeil, une fatigue diurne moindre, une amélioration de l'humeur et une plus grande confiance en soi en général. Il est intéressant de noter que ce sont les bénéfices que recherchent les patients en oncologie qui reçoivent des traitements.

Le tabagisme affecte négativement une large gamme de paramètres de la qualité de vie et ceux qui ont cessé de fumer ont eu une meilleure qualité de vie que ceux qui ont continué de fumer après les traitements.

Le cancer est encore perçu comme une maladie mortelle dans la population et cela incite des patients en oncologie à continuer à fumer. Mais aujourd'hui, cela n'est plus vrai. Les personnes atteintes d'un cancer vivent plus longtemps et reçoivent des traitements continus, comme pour une maladie chronique. Les professionnels de la santé et des services sociaux devraient fortement inciter leurs patients en oncologie à cesser de fumer considérant les données probantes démontrant les effets bénéfiques de l'abandon du tabac chez ces patients.

Soutenir la cessation tabagique après le diagnostic du cancer du poumon

Saviez-vous que... cesser de fumer avec un diagnostic de cancer du poumon augmente l'espérance de vie?

Le fait d'arrêter de fumer après un diagnostic de cancer du poumon à un stade précoce, qu'il soit à petites cellules ou non, améliore considérablement l'espérance de vie des patients. Ce bénéfice est bien lié à la moindre progression du cancer et non pas uniquement au bénéfice cardiorespiratoire de la cessation[345].

Une recension d'études montre que, chez des patients diagnostiqués à un stade précoce du cancer et présentant un cancer du poumon non à petites cellules, continuer à fumer triple pratiquement le risque de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) toute cause (risque relatif de 2,94) et double presque le risque de rechute (risque relatif de 1,86). Quant aux personnes présentant un cancer à petites cellules, continuer de fumer double presque le taux de mortalité toutes causes (risque relatif de 1,86), fait plus que quadrupler le risque de développer une nouvelle tumeur (risque relatif de 4,31) et augmente significativement le risque de rechute (risque relatif de 1,26).

Selon ces études, l'espérance de vie à cinq ans était de 33 % chez les plus de 65 ans atteints d'un cancer précoce non à petites cellules qui continuent à fumer contre 70 % pour ceux qui arrêtent de fumer. Quant aux personnes atteintes d'un cancer à petites cellules, l'espérance de vie à cinq ans est de 29 % chez ceux qui continuent à fumer contre 63 % chez ceux qui arrêtent.

8.2.3 LA NUTRITION

(voir glossaire : [nutrition](#))

Les personnes diagnostiquées d'un cancer ont généralement des besoins nutritionnels spécifiques. Il est préférable de consulter un professionnel de la santé, d'autant plus si les traitements ont affecté la capacité de consommer ou de digérer certains aliments (à la suite d'une gastrectomie ou d'une colostomie par exemple)[346].

Les recommandations du FMRC

Le FMRC a fait une recommandation spécifique pour les personnes diagnostiquées d'un cancer, avant, pendant et après les traitements, soit celle de suivre les recommandations pour la prévention des cancers[7] :

- Les personnes diagnostiquées d'un cancer doivent bénéficier des conseils d'un professionnel de la nutrition.

Toutefois, certaines recommandations peuvent ne pas être applicables dans certains cas particuliers, par exemple lorsque la fonction gastro-intestinale est perturbée par les traitements ou lorsque la personne est grabataire[7].

Lorsque la personne est en phase active de cancer, il est possible d'éviter ou du moins de limiter les complications liées aux traitements contre le cancer par un soutien nutritionnel. Il existe une relation entre la nutrition, et le pronostic de morbidité et de mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) à court terme chez les personnes atteintes de cancer. Par exemple, un mauvais état nutritionnel diminue la tolérance à la chimiothérapie et à la radiothérapie[346].

Les nutritionnistes peuvent soutenir les personnes atteintes de cancer sur plusieurs aspects[346] :

- Soutien nutritionnel afin de réduire les effets des traitements contre le cancer, tout particulièrement la perte de poids. Le poids est un indicateur pronostique de survie (voir Recueil statistique, section 1.2) et de réponse à la thérapie anticancéreuse.
- Selon le type de cancer, adaptation de l'alimentation des patients à leurs besoins spécifiques : perte d'appétit, nausées, constipation, modification du goût, etc.

Les recherches en cours en nutrition

Les études du D^r Richard Béliveau et ses collaborateurs de l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Université du Québec à Montréal visent à établir le profil anticancéreux des fruits et des légumes. Ce qu'ils nomment la nutrathérapie peut être comparée à une chimiothérapie. La consommation régulière de fruits et de légumes correspond à une chimiothérapie préventive.

Plusieurs de leurs études portent sur l'inhibition de la croissance de cellules de différents types de tumeurs cérébrales par des extraits de fruits et légumes[17, 347, 348]. Le Dr Béliveau utilise les aliments, le thé vert et certaines épices comme complément à la chimiothérapie mais les propose aussi comme complément à la radiothérapie[349-352]. D'autres travaux sont requis pour confirmer jusqu'à quel point certains aliments peuvent être utilisés comme complément aux thérapies anticancéreuses[17]. Notons que les agents anticancéreux d'origine nutritionnels sont généralement dépourvus d'effets secondaires indésirables[17].

8.2.4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le FMRC a fait une recommandation s'adressant aux personnes diagnostiquées d'un cancer, qui s'applique avant, pendant et après les traitements. soit celle de suivre les recommandations pour la prévention des cancers[7] et ceci concerne l'activité physique.

Les patients en meilleure condition physique pourront mieux supporter les traitements contre le cancer. La pratique d'activités physiques augmente les chances de rémission[68]. Les travaux de Richard Chevalier montrent, grâce à l'analyse de plus de 160 études, que l'intégration de l'activité physique aux traitements contre le cancer améliore radicalement la qualité de vie de la personnes atteinte de cancer et ses chances de guérison[68].

L'activité physique comme adjuvant dans les traitements contre le cancer

Il est maintenant largement démontré dans la littérature que l'activité physique joue un rôle salutaire dans les traitements contre le cancer[353]. Révolue est l'époque où l'on suggérait aux personnes atteintes d'un cancer de se reposer le plus possible pour reprendre des forces. On commence à bien cerner comment s'améliore l'état des patients suivant un programme d'entraînement.

Diminution de la fatigue – De tous les symptômes présents pendant un d'un cancer, la fatigue demeure en tête de liste avec une prévalence oscillant entre 25 et 99 % selon les études[354]. La fatigue entre fréquemment en jeu dans la décision de retarder, diminuer et même interrompre les traitements. Elle découle du cancer lui-même, mais également de son traitement. L'inactivité physique qui précipite le déconditionnement cardiorespiratoire et musculaire, tout comme la détresse psychologique à la suite du diagnostic, l'augmentation de l'inflammation (causée par la tumeur elle-même), ainsi que l'hypothyroïdie – dérèglement hormonal qui résulte des traitements détruisant des cellules saines – seraient les principales causes de la fatigue liées au cancer et à son traitement.

Paradoxalement, même si elle nécessite une dépense énergétique, l'activité physique réduit la fatigue. Elle a cet effet salutaire tout d'abord en diminuant l'activité inflammatoire, mais également en améliorant la condition physique des patients ou en freinant sa diminution, ce qui leur permet de réaliser avec moins de difficulté leurs activités de la vie quotidienne. Cela réduit de façon marquée la fatigue perçue.

Diminution de l'anxiété et de la dépression – La pratique d'activités physiques d'intensité moyenne ou élevée améliore l'humeur et réduit l'anxiété ainsi que les symptômes de la dépression, d'où une sensation de fatigue moins prononcée[355].

Stimulation de l'appétit et prise de poids – Les traitements contre le cancer s'accompagnent souvent d'un affaiblissement marqué, de sorte que le patient perd l'appétit. L'activité physique, par un mécanisme encore méconnu, redonne l'appétit, ce qui prévient l'affaiblissement, la perte de poids et, plus précisément, la perte de masse musculaire.

Stimulation des systèmes immunitaire et endocrinien – L'activité physique continue d'avoir des effets bénéfiques sur les systèmes immunitaire et endocrinien, même durant le traitement d'un cancer.

Amélioration de la condition physique – La condition physique du patient, son métabolisme et sa composition corporelle sont déterminants dans le pronostic de guérison. La diminution de la masse maigre fait partie des principaux changements corporels que vivent les personnes traitées pour le cancer. Elle est associée à une réduction de la capacité fonctionnelle et est responsable d'environ 20 % des décès chez les personnes traitées pour un cancer (insuffisance respiratoire). L'atrophie musculaire s'explique surtout par une diminution de la synthèse des protéines musculaires (anabolisme), ainsi que par une augmentation de leur dégradation (catabolisme). Un bilan énergétique négatif, une augmentation de l'inflammation, ainsi qu'un dérèglement hormonal en sont les principaux responsables. L'activité physique permet de freiner la perte de masse musculaire en stimulant la synthèse des protéines.

Diminution de la durée d'hospitalisation – Une étude menée chez des patients leucémiques révèle une diminution du temps d'hospitalisation chez ceux physiquement actifs durant leur traitement[356]. Contrairement aux patients inactifs, ces derniers quittaient l'hôpital plus souvent en marchant plutôt qu'en fauteuil roulant. Cela s'explique par une meilleure condition physique chez les patients entraînés, une masse musculaire ainsi qu'une endurance plus importantes.

Les lignes directrices proposées pour la population concernant l'activité physique sont présentées dans la section L'activité physique (voir 4.1.4). Les personnes souffrant d'un cancer devraient faire régulièrement des exercices physiques appropriés à leur condition : les conseils d'une personne diplômée en kinésiologie sont indiqués.

8.2.5 LA VACCINATION

Selon les recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec*, la vaccination des personnes atteintes de cancer devrait être administrée ou mise à jour selon les recommandations pour les personnes considérées immunosupprimées.

Pour en savoir davantage...

Consulter le *Protocole d'immunisation du Québec* :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

8.3 L'ORGANISATION DES SERVICES

En matière de traitements, les services généraux pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers hématologiques sont accessibles dans la région. Quant aux services spécialisés, ils sont accessibles au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis. Toutefois, une proportion de la clientèle de la région (environ 40 %) consomme des services généraux et spécialisés dans la région voisine, soit la région de la Capitale-Nationale.

L'organisation des services d'hémo-oncologie au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis, au CSSS de Beauce – installation Hôpital de Saint-Georges et au CSSS de la région de Thetford – installation Hôpital de Thetford est partagée avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Le fait que ces médecins spécialistes dispensent des soins à tour de rôle sur une base hebdomadaire occasionne une certaine insatisfaction chez les patients quant à la continuité des soins de même que chez le personnel en raison de l'application de protocoles distincts. Le CSSS de Montmagny-L'Islet – installation Hôpital de Montmagny, pour sa part, requiert par entente les services d'hémo-oncologues du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) lesquels associent la contribution des médecins omnipraticiens de cet établissement dans les traitements des patients.

Bien que la région dispose de trois postes équivalent temps complet d'hémo-oncologue sur quatre, les besoins ne sont pas comblés adéquatement. La rareté de ces ressources spécialisées, l'augmentation du volume de la clientèle et l'arrivée de nouvelles molécules militent en faveur d'une réflexion quant à l'organisation régionale future des services en hémo-oncologie. Certains modèles novateurs concluants, comme l'implication d'autres médecins dans les traitements, devraient inspirer les décideurs.

Les interrelations entre les médecins spécialistes qui initient les traitements spécialisés et les médecins de famille du territoire devraient être améliorées. En effet, selon les médecins de famille membres de différents comités régionaux, la situation observée en 2002[26] persiste toujours et démontre que la communication de l'épisode hospitalier au médecin de famille s'avère souvent décevante et dépend de la bonne volonté du médecin spécialiste déjà surchargé. Le processus de communication et de transfert d'information doit être revu pour faciliter les interrelations et les collaborations.

Au plan pharmaceutique, les récents progrès en oncologie, de même que l'augmentation de la clientèle, génèrent une croissance importante et rapide des coûts des médicaments.

Cette situation exerce une pression considérable sur les budgets des établissements sans négliger les considérations éthiques sous-jacentes, le cas échéant.

Deux mesures décrites au Projet clinique Cancer et Soins palliatifs 2007-2012[3] peuvent contribuer à soutenir les prises de décision quant à l'utilisation optimale des médicaments en oncologie. Il s'agit de l'implantation d'une base de données en oncologie prévue dans chaque centre hospitalier (échancier du MSSS : 2012) et l'accès à des comités des thérapies du cancer (réalisé dans chacun des centres).

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Les traitements
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	
Renforcer l'action communautaire	<p>Consolider les interrelations entre les agents de promotion des saines habitudes de vie en CSSS et les organismes communautaires impliqués en cancer pour la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires impliqués en cancer afin de favoriser les références.</p>
Acquérir des aptitudes individuelles	Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie.
Réorienter les services de santé	<p>Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie.</p> <p>Améliorer les processus de communication et de collaboration entre les médecins spécialistes et les médecins de famille.</p> <p>Former les professionnels impliqués en cancer en counselling bref sur la cessation tabagique, la saine alimentation et la pratique d'activité physique.</p> <p>Mettre à jour la vaccination des personnes atteintes de cancer selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec.</p> <p>Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.</p> <p>Former les intervenants en oncologie sur les mesures efficaces en prévention des cancers (adoption des saines habitudes de vie, élimination des cancérogènes évitables et dépistages) et les mesures préventives pour les personnes atteintes de cancer.</p>

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

LES PRIORITÉS DES TRAITEMENTS DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Traitements des cancers
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires.
Acquérir des aptitudes individuelles	Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie.
Réorienter les services de santé	Identifier un intervenant répondant en oncologie en CSSS.
	Consolider les équipes interdisciplinaires en oncologie en centre hospitalier.
	Former les intervenants en oncologie sur les mesures efficaces en prévention des cancers (saines habitudes de vie, élimination des cancérogènes et dépistages) et les mesures préventives pour les personnes atteintes de cancer.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

9. LA RÉMISSION

La promotion des saines habitudes de vie tout au long du continuum de soins et de services (voir glossaire) est majeure pour les personnes atteintes de cancer qui survivent à la maladie. Le FMRC a fait des recommandations spécifiques pour les personnes diagnostiquées d'un cancer, et ces recommandations incluent les personnes en rémission[7]. Celles-ci doivent suivre les recommandations pour la prévention des cancers concernant la cessation tabagique, la saine alimentation, le maintien du poids corporel et l'adoption d'un mode de vie physiquement actif[8].

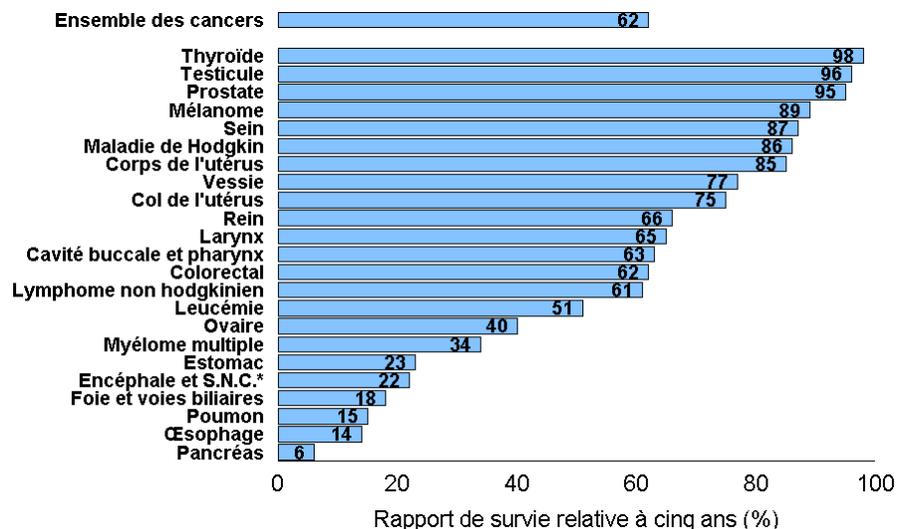
Ces personnes pourraient bénéficier de la proximité avec les professionnels de la santé et des services sociaux et les intervenants pour agir sur leurs habitudes de vie. Les proches (voir glossaire) des personnes atteintes de cancer pourraient également bénéficier des informations sur les saines habitudes de vie.

9.1 L'AMÉLIORATION DE LA SURVIE

(voir Recueil statistique, section 3.1.4)

Les données sur la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) au cancer dans une population donnent un aperçu du fardeau que représente cette maladie. Selon les plus récentes données au Canada, la survie relative à cinq ans pour l'ensemble des types de cancer est de 62 %[11]. La survie diffère selon les types de cancer.

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans selon le site, sexes réunis, Canada



* Encéphale et système nerveux central

Source : Société canadienne du cancer, Statistique Canada et Agence de santé publique du Canada. (2009).
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

On relève une amélioration globale de la survie. Ainsi, au Canada, entre les périodes 1992 à 1994 et 2002 à 2004, on a enregistré une augmentation des rapports de survie relative de 4,5 % pour tous les cancers combinés et pour la plupart des cancers les plus fréquents. Les augmentations les plus marquées ont été observées chez les personnes ayant reçu un diagnostic de lymphome non hodgkinien (9,4 %) et de cancer de la

prostate (6,8 %). Une augmentation d'environ 5 % a été observée dans le cas du cancer du côlon et du rectum et du cancer du sein, de même que pour la leucémie. La survie (voir Recueil statistique, section 1.2) relative dans le cas des cancers du pancréas, de la vessie, du corps de l'utérus et du poumon est demeurée inchangée (soit < 1,0 %)[11].

Cette augmentation de la survie relative peut être due à divers facteurs, selon le siège du cancer, dont une réelle efficacité des interventions et des traitements, mais aussi une plus grande détection de cancers moins agressifs.

9.2 LES PERSONNES EN RÉMISSION

Au fur et à mesure que le nombre de Canadiens recevant un diagnostic de cancer continue d'augmenter et que la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) au cancer augmente, la prévalence⁴⁸ du cancer augmente. Le nombre de plus en plus grand de personnes qui vivent avec un diagnostic de cancer aura une influence sur les ressources en santé, étant donné qu'un nombre croissant de Canadiens auront besoin de traitements médicaux, d'un suivi et de soutien [11].

Le FMRC a fait des recommandations spécifiques pour les personnes diagnostiquées d'un cancer, et ces recommandations incluent les personnes en rémission[7].

Voici les recommandations pour la prévention des cancers concernant la cessation tabagique, l'alimentation, le maintien du poids corporel et l'activité physique[8].

La cessation tabagique

Les personnes en rémission qui fument devraient cesser de fumer et avoir l'aide et le soutien nécessaires pour entreprendre une démarche de cessation tabagique. (voir Le non-usage du tabac, section 3.1.1)

La nutrition et le maintien du poids corporel

Les personnes en rémission doivent bénéficier des conseils d'un professionnel de la nutrition. La plupart de ces personnes auront subi de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie et auront des besoins en nutrition spécifiques. Il peut aussi y avoir des besoins spécifiques en lien avec une trop grande perte de poids[7].

Les preuves scientifiques n'appuient pas la prise de hautes doses de suppléments [7]. En effet, le FMRC recommande de chercher à satisfaire les besoins nutritionnels uniquement par l'alimentation. Les personnes en rémission devraient discuter de ces sujets avec le professionnel en nutrition et leur médecin.

À plus long terme, l'adoption des saines habitudes alimentaires, telle qu'elle est recommandée à la population, devrait faire partie des préoccupations des professionnels de la santé et des services sociaux et des intervenants qui s'adressent à des personnes en rémission (voir L'alimentation saine, section 3.1.2).

⁴⁸ Nombre total de personnes nouvellement diagnostiquées ou ayant déjà reçu un diagnostic de cancer.

L'activité physique

Les personnes en rémission auront besoin de soutien et de conseils pour faire de l'activité physique, selon leurs capacités, tant pour les bénéfices reliés à la santé physique que pour leur santé mentale et le sentiment de contrôle relié à l'exercice [7]. Au besoin, ils pourraient être référés au CSSS de leur territoire.

De bonnes habitudes pour la vie

Les traitements de nombreux cancers sont de plus en plus efficaces. Les personnes diagnostiquées d'un cancer vivent donc maintenant assez longtemps les rendant ainsi à risque de développer un nouveau cancer primitif ou d'autres maladies chroniques. Les recommandations du FMRC peuvent permettre de diminuer ces risques[7].

Le FMRC souligne qu'il est crucial d'offrir du soutien aux personnes en rémission qui décident de suivre les recommandations concernant les saines habitudes de vie. Il est également important de considérer les proches (voir glossaire) des personnes atteintes, car ces personnes seront influencées par ces choix santé[7].

Une réflexion... Les étapes du traitement et la période de rémission représentent des opportunités pour référer le patient, les proches et les familles à des ressources spécialisées en prévention.

Les recherches sur les effets des aliments, de la nutrition et de l'activité physique chez les survivants au cancer sont à leurs débuts. L'amélioration de la survie (clie Recueil statistique, section 1.2) au cancer incitera de plus en plus de chercheurs à se pencher sur les conditions favorisant une meilleure qualité de vie et une réduction des risques de développer un nouveau cancer.

Les survivants du cancer : une population avec des besoins spécifiques

Une augmentation de l'incidence (voir Recueil statistique, section 1.2) du cancer dans la population et l'amélioration de la survie (voir Recueil statistique, section 1.2) à cette maladie conduisent à une augmentation du nombre de survivants. Même après une période de rémission prolongée, il est impossible de faire comme si rien n'était arrivé. Comme le rapportent au moins deux études canadiennes; les survivants du cancer constituent une population présentant des besoins spécifiques liés, entre autres, au type de cancer et à l'âge lors du diagnostic[357, 358].

La fatigue, des changements cognitifs et de l'image corporelle, des problèmes liés à la sexualité et à la fertilité, la peur de la récurrence, des préoccupations économiques comptent parmi les problématiques fréquentes venant s'ajouter à la détresse (voir Stress, détresse psychologique et troubles psychiatriques associés au cancer, section 7.1.2) [307-309, 311].

Pour les personnes en rémission, les mesures de promotion de la santé et de prévention des cancers s'appliquent comme pour la population générale.

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Promotion-prévention : les personnes en rémission
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	Comme recommandé pour la population générale, consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires.
Acquérir des aptitudes individuelles	Comme recommandé pour la population générale, consolider le 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
Réorienter les services de santé	Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie. Soutenir les personnes atteintes de cancer en rémission et leurs proches dans l'adoption des saines habitudes de vie (infirmières-pivots en oncologie, membres des équipes interdisciplinaires en oncologie et des autres équipes soignantes, bénévoles des organismes communautaires, etc.).

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

LES PRIORITÉS POUR LA RÉMISSION

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	La rémission
Créer des milieux favorables	Comme recommandé pour la population générale, consolider le volet environnements favorables du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
Renforcer l'action communautaire	Consolider les interrelations entre le réseau de la santé et les organismes communautaires.
Acquérir des aptitudes individuelles	Comme recommandé pour la population générale, consolider le volet aptitudes individuelles du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
Réorienter les services de santé	Développer des interrelations entre les intervenants impliqués en cancer et les intervenants de CSSS impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie. Soutenir les personnes atteintes de cancer en rémission et leurs proches dans l'adoption des saines habitudes de vie (infirmières-pivots en oncologie, membres des équipes interdisciplinaires en oncologie et des autres équipes soignantes, bénévoles des organismes communautaires, etc.).

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

10. LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE FIN DE VIE

La *Politique en soins palliatifs de fin de vie*[24] définit les soins palliatifs comme l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé.

La maladie à pronostic réservé inclut :

- la maladie au stade avancé qui est une maladie probablement évolutive et peut compromettre la survie (dans la pratique courante chez l'adulte, ceci représente une période de deux ans et moins);
- la maladie terminale qui mène probablement à la mort dans un proche avenir (dans la pratique courante chez l'adulte, de deux mois et moins alors que les soins de fin de vie réfèrent plutôt à la période de deux semaines précédant le décès).

L'objectif général des soins palliatifs est d'obtenir, pour la personne et ses proches (voir glossaire), la meilleure qualité de vie possible.

La prévention du cancer s'applique autrement en soins palliatifs. Le but visé par la prévention est d'alléger le fardeau de la maladie, de conserver le plus longtemps possible les capacités fonctionnelles (par exemple la capacité respiratoire, l'alimentation, la mobilité et la force physique) et de prévenir les complications.

Les traitements médicaux en soins palliatifs peuvent demander autant la participation des médecins spécialistes (par exemple chimiothérapie palliative, radiothérapie palliative) que celle des médecins de famille. Ils peuvent être dispensés dans des milieux variés, tels que l'hôpital, les centres de soins de longue durée, le domicile ou divers milieux de vie ou une maison de soins palliatifs. Les soins devraient être dispensés par une équipe interdisciplinaire.

Les besoins pour les personnes en soins palliatifs et en fin de vie sont nombreux; ils ne font toutefois pas l'objet de ce rapport portant principalement sur l'intégration des saines habitudes de vie.

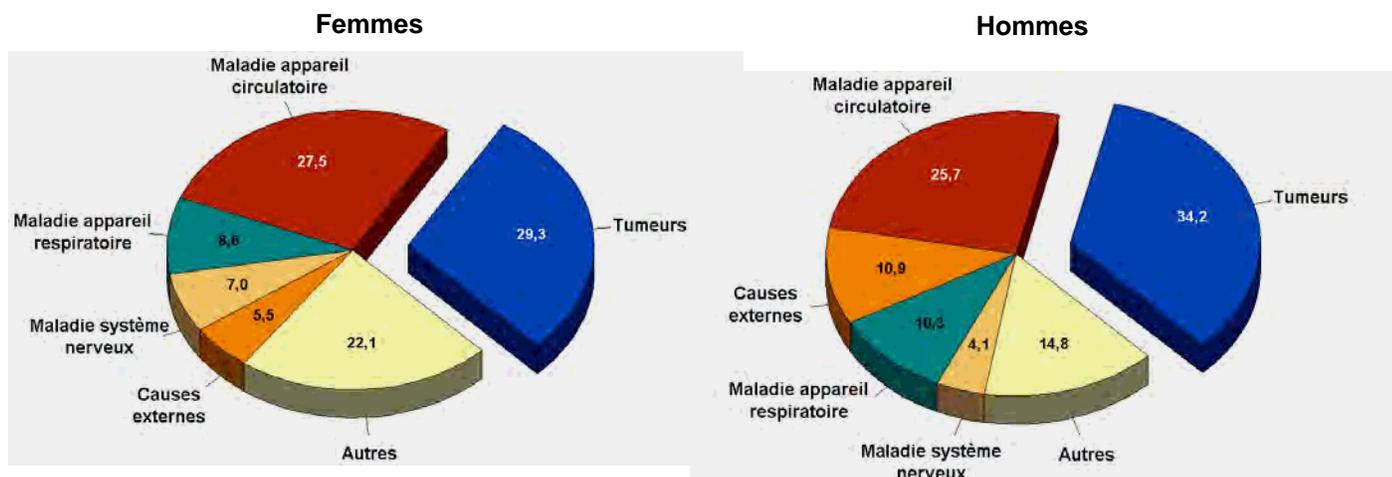
10.1 LE CANCER, LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS

Les principales données sur les décès par cancer sont présentées dans cette section. Pour plus de détails et les données par CSSS, consulter le Recueil statistique (voir Recueil statistique, table des matières).

Les décès par cancer surpassent les décès pour maladies de l'appareil circulatoire

Tant chez les hommes que chez les femmes, le cancer représente la première cause de décès, suivi par les maladies de l'appareil circulatoire.

**Proportion (%) de la mortalité par cancer parmi tous les décès,
Chaudière-Appalaches, 2004-2007**



Sources : MSSS, Fichiers des décès.

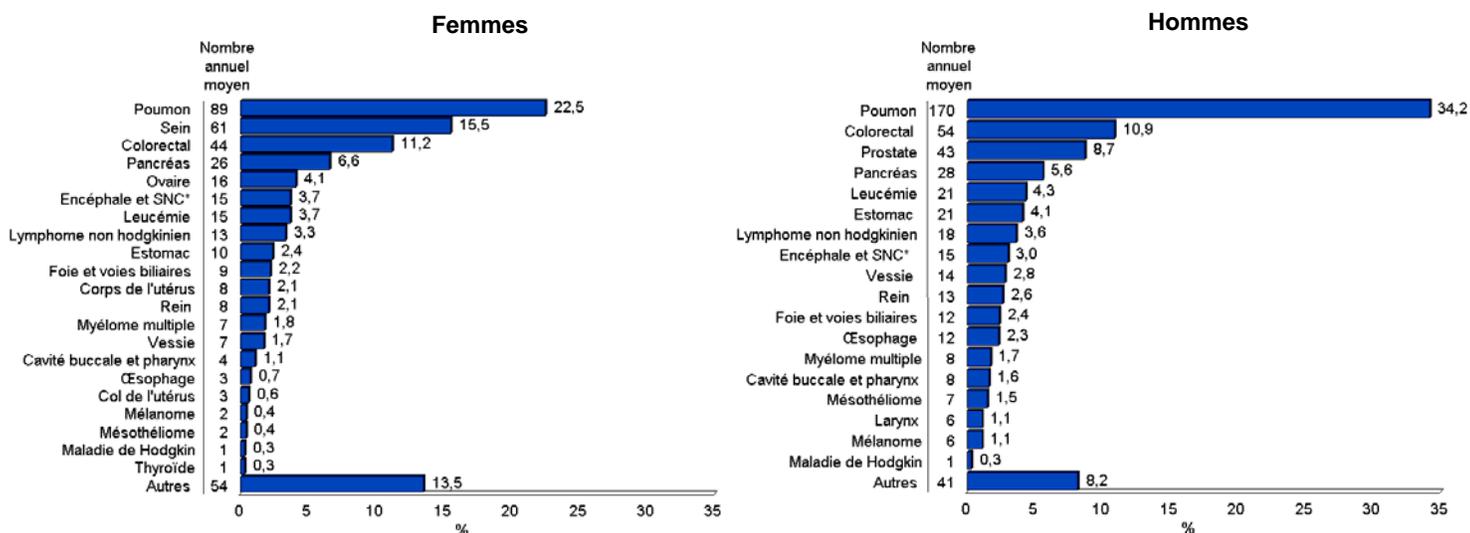
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Parmi l'ensemble des cancers, le cancer du poumon est encore le premier responsable des décès par cancer

Chez les femmes, le cancer du poumon représente la plus grande part des décès par cancer, avec 22,5 % de l'ensemble des décès. Malgré une survie (voir Recueil statistique, section 1.2) à 5 ans de 85 %, le cancer du sein est encore une cause de décès élevée chez les femmes, représentant 15,5 % des décès par cancer. Les décès par cancer colorectal occupent la 3^e place, il est responsable d'un peu plus d'un décès sur dix (11,2 %).

Chez les hommes, le cancer du poumon est la cause de plus du tiers (34,2 %) des décès par cancer, proportion nettement plus élevée que chez les femmes. Le cancer colorectal est responsable d'un décès par cancer sur dix (10,9 %). Le cancer de la prostate, occupant la première place pour les nouveaux cas de cancer (23,3 %) est responsable de moins d'un décès par cancer sur dix (8,7 %).

Répartition (%) et nombre annuel moyen de décès par cancer, Chaudière-Appalaches, 2004-2007



Encéphale et S.N.C.* : Encéphale et système nerveux central

Source : MSSS, Fichiers des décès.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Chez les enfants, une réduction des décès par cancer

Le nombre moyen annuel de décès par cancer chez les enfants de moins de 18 ans n'est pas présenté car le nombre de cas est relativement faible. Ces résultats montrent que la situation s'améliore pour les jeunes[11].

Nombre moyen pour 4 ans et taux brut de mortalité pour l'ensemble des cancers chez les moins de 18 ans, Chaudière-Appalaches

Période		Nombre annuel moyen	Taux brut (/100 000)
1984-1987	*	8	7,4
1988-1991	*	4	4,2
1992-1995	*	4	4,0
1996-1999		n.p.	n.p.
2000-2003	*	4	4,1
2004-2007		n.p.	n.p.

n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

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

Sources : MSSS, Fichiers des décès et Estimations et Projections de population, produites en janvier 2010.

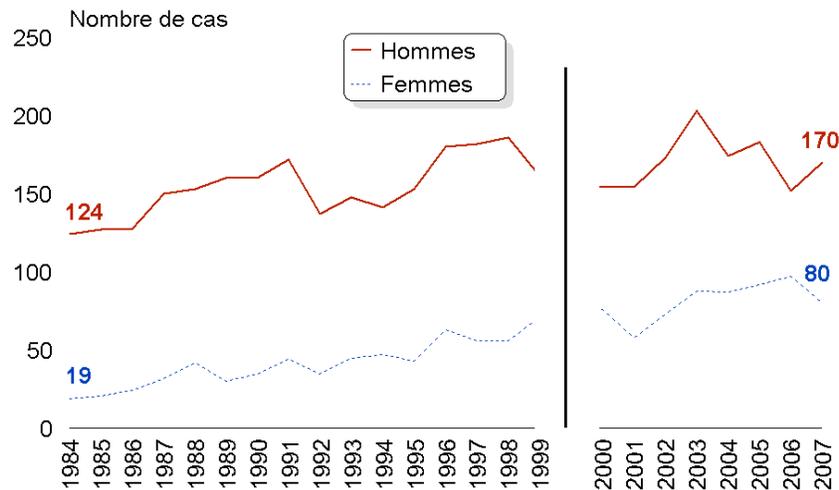
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Le cancer du poumon

(voir Recueil statistique, section 3.3.3)

Le cancer du poumon reflète les habitudes et l'exposition des 20 à 30 dernières années. L'usage du tabac des hommes et des femmes étant maintenant très semblable, l'écart entre le nombre de cas de décès par cancer du poumon aura probablement tendance à se restreindre, l'usage du tabac chez les femmes étant de plus en plus semblable à celui des hommes (voir Recueil statistique, section 4.1)

Évolution du nombre de décès par cancer du poumon, Chaudière-Appalaches



L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle

Sources : MSSS, Fichiers des décès.

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

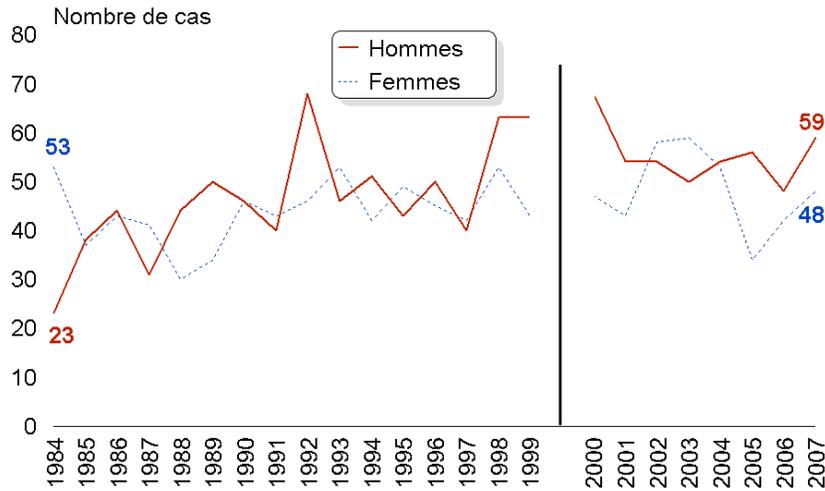
Le cancer colorectal

(voir Recueil statistique, section 3.2.3)

La mortalité (voir Recueil statistique, section 1.2) par cancer colorectal diminue plus rapidement au Québec que dans l'ensemble du reste du Canada, et ce, depuis 1992 chez les femmes et 1998 chez les hommes. L'excès de mortalité par cancer colorectal au Québec par rapport au reste du Canada est donc en voie de se résorber. Les principaux facteurs responsables de la décroissance chez les hommes seraient :

- un devancement du diagnostic qui induit une meilleure survie (voir Recueil statistique, section 1.2) ;
- un meilleur bilan diagnostic qui optimise l'utilisation des thérapies ou encore le recours à des traitements plus efficaces[359].

Évolution du nombre de décès par cancer colorectal, Chaudière-Appalaches



L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle.

Sources : MSSS, Fichiers des décès.

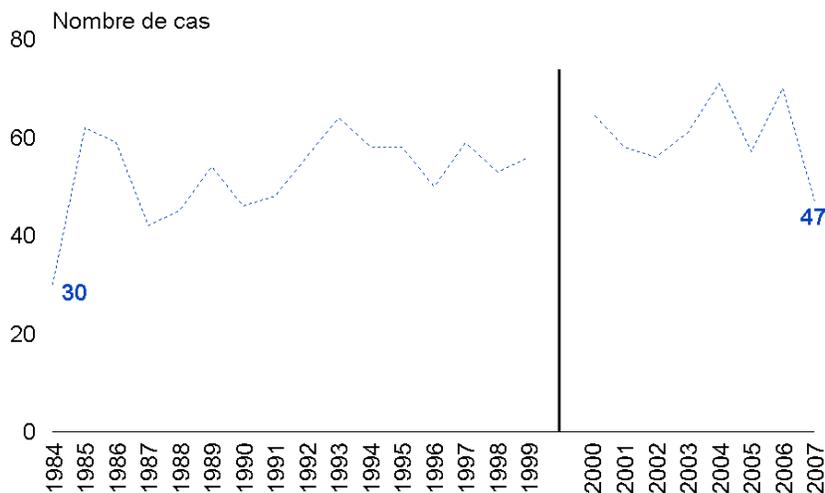
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Le cancer du sein

(voir Recueil statistique, section 3.5.3)

Bien que le nombre de cas de décès soit variable, on ne note pas d'augmentation depuis 2000 dans la région. Pour plus d'information sur le cancer du sein, consulter la section 6.2.4.

Évolution du nombre de décès par cancer du sein, Chaudière-Appalaches



L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle

Sources : MSSS, Fichiers des décès.

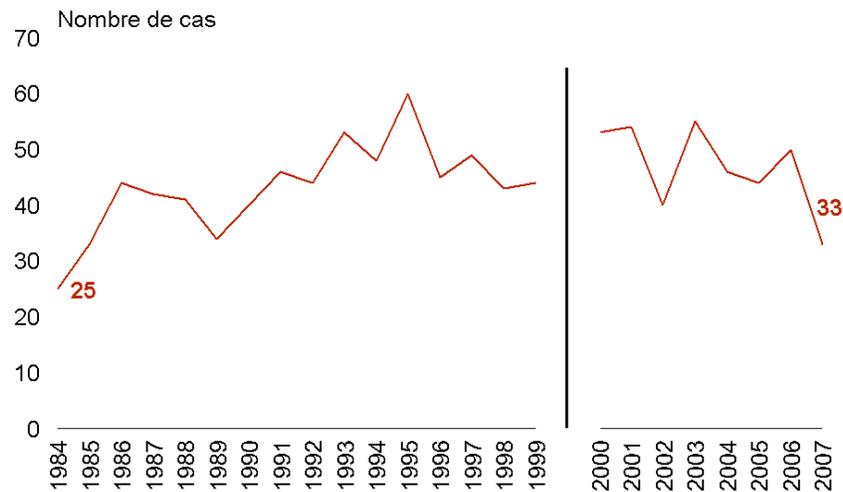
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010.

Le cancer de la prostate

(voir Recueil statistique, section 3.4.3)

Les décès par cancer de la prostate tendent à diminuer depuis le début des années 2000. Pour plus d'information sur le cancer de la prostate, consulter la section 6.2.5.

Évolution du nombre de décès par cancer de la prostate, Chaudière-Appalaches



L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle.

Sources : MSSS, Fichiers des décès

Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSPE, Service – Surveillance, recherche et évaluation, 2010

10.2 LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE FIN DE VIE

Le *Modèle de guide des soins palliatifs canadien*[360] précise que les soins palliatifs visent à :

- traiter tous les problèmes qui surviennent;
- prévenir l'apparition de nouveaux problèmes;
- promouvoir les occasions d'expériences enrichissantes, de croissance personnelle et spirituelle et d'accomplissement individuel.

Les problèmes courants en soins palliatifs sont de divers ordres[360] :

- gestion de la maladie;
- domaine physique;
- domaine psychologique;
- domaine social;
- domaine spirituel;
- domaine pratique;
- soins de fin de vie / gestion de la mort;
- pertes et deuil.

Les soins palliatifs doivent être organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe interdisciplinaire, incluant les intervenants psychosociaux et spirituels et ce, en lien avec les personnes atteintes et leurs proches. (voir glossaire) (voir annexe 1)

La prévention

Le FMRC réitère que les recommandations préventives pour les personnes atteintes de cancer au sujet des saines habitudes de vie (cessation tabagique, alimentation saine et exercice physique) s'appliquent en les adaptant selon l'évolution de l'état de santé[8] (voir Les traitements curatifs et préventifs, section 8.2).

L'objectif recherché en prévention à cette étape du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire) est l'adoption d'habitudes de vie favorables au mieux-être de la personne, tout en respectant les choix et la qualité de vie du patient. Ainsi, la cessation tabagique peut encore être offerte, et ce, malgré le fait que plusieurs personnes atteintes de cancer ont entendu que cela ne valait plus la peine de cesser de fumer. Les données probantes révèlent le contraire (voir La cessation tabagique, section 8.2.2). La fin de vie peut être améliorée au niveau respiratoire si la personne cesse de fumer.

En soins palliatifs, la nutritionniste vise le mieux-être du patient. Une analyse nutritionnelle précise de la situation permet de mettre en place la stratégie alimentaire qui convient[346]. (voir La nutrition, section 8.2.3)

Le kinésologue peut adapter les exercices à la capacité de la personne. L'ergothérapeute et le physiothérapeute sont fréquemment mis à contribution et peuvent faire une grande différence dans la mobilisation et l'adaptation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. (voir L'activité physique, section 3.1.4)

De plus, pour certains proches (voir glossaire) de la personne en soins palliatifs, une réflexion sur les habitudes de vie émerge et ceux-ci devraient être référés aux services préventifs en CSSS s'ils le désirent.

Les recommandations préventives pour les personnes atteintes de cancer sur la gestion du stress, du soutien psychosocial et spirituel s'appliquent également (voir Le soutien et l'adaptation, section 7).

L'organisation régionale des services

Dans la région, les personnes ont accès à des soins palliatifs mais, en raison des besoins sans cesse croissants, l'intensité demeure insuffisante en raison de la non-consolidation des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs⁴⁹ dans chaque centre hospitalier et dans chaque CSSS. De plus, la mise en place d'un poste d'intervenant répondant en oncologie et en soins palliatifs dans chaque CSSS permettrait de soutenir les équipes soignantes et d'améliorer la coordination et la continuité de ces services.

⁴⁹ Selon la politique en soins palliatifs, ces équipes se composent des intervenants suivants : médecin, pharmacien, infirmière, intervenant social, psychologie, animateur de pastorale, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute. Les médecins de famille, les médecins spécialistes ou les bénévoles peuvent s'y joindre au besoin.

L'accès aux soins palliatifs au moment opportun, c'est-à-dire à compter du moment où la guérison devient improbable sinon irréaliste, constitue également un défi à relever dans la région. Les patients sont souvent référés seulement pour la fin de vie. Selon les attentes du MSSS[24], une approche médicale et interdisciplinaire pertinente devrait permettre cet accès progressif. Certaines équipes de la région ont eu accès à une formation régionale sur l'interdisciplinarité.

L'introduction des aspects des soins palliatifs plus tôt au cours de la maladie[24] et l'intensité requise d'un ensemble de soins et de services pour le patient et ses proches (voir glossaire) nécessitent la contribution d'équipes interdisciplinaires complètes dans tous les milieux de soins. À cet effet, et considérant des principes de qualité, d'accessibilité et de complémentarité, les équipes interdisciplinaires des CSSS et des centres hospitaliers nécessitent d'être consolidées.

Quant aux lits de soins palliatifs, leur nombre demeure nettement insuffisant, précisément dans le territoire du CSSS du Grand Littoral. De façon globale, la région de la Chaudière-Appalaches compte actuellement 39 lits de soins palliatifs, localisés soit dans chacun des centres hospitaliers à même les lits de courte durée ou soit, pour chaque territoire de CSSS, dans des centres d'hébergement de soins de longue durée. Finalement, six lits de fin de vie et deux lits de stabilisation ou de répit sont disponibles à la Maison de soins palliatifs Catherine-de-Longpré qui dessert majoritairement les territoires du CSSS de Beauce et du CSSS des Etchemins.

Les services de suivi de deuil

Les services de suivi psychosocial aux endeuillés devraient être développés dans toute la région. Ces services sont offerts surtout par les CSSS et occasionnellement par les centres hospitaliers. En complémentarité, certains organismes communautaires oeuvrant en cancer commencent à développer des services s'adressant aux endeuillés.

Les organismes communautaires qui offrent des services aux personnes en soins palliatifs ainsi qu'à leurs proches (voir glossaire) sont présentés dans la section Soutien. (voir tableau Organismes communautaires de Chaudière-Appalaches dans la section 2.2)

Recommandations

Les actions suivantes sont recommandées.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Soins palliatifs
Élaborer des politiques publiques saines	
Créer des milieux favorables	
Renforcer l'action communautaire	Établir des ententes et des corridors de services avec les organismes communautaires impliqués auprès des personnes en soins palliatifs.
Acquérir des aptitudes individuelles	Adapter aux besoins des personnes atteintes de cancer la cessation tabagique, l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress.
Réorienter les services de santé	Consolider les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en centre hospitalier, incluant les intervenants psychosociaux et spirituels.
	Consolider les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en CSSS pour les soins à domicile incluant les intervenants psychosociaux et spirituels.
	Développer des services pour les endeuillés.
	Statuer sur une organisation efficiente des lits de soins palliatifs dans le territoire du Grand Littoral.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [12].

LES PRIORITÉS POUR LES SOINS PALLIATIFS

Les travaux effectués auprès des équipes de la DSPE, des différents comités et des consultations avec des partenaires externes ont mené à retenir des priorités pour les prochaines années. Des critères de priorisation, présentés à l'annexe 3, ont soutenu la réflexion.

La promotion des saines habitudes de vie¹ et la prévention des cancers appliquées au continuum de soins et de services en cancer

	Les soins palliatifs
Renforcer l'action communautaire	Établir des ententes et des corridors de services avec les organismes communautaires impliqués auprès des personnes en soins palliatifs.
Acquérir des aptitudes individuelles	Adapter aux besoins des personnes atteintes de cancer les services conseil touchant la cessation tabagique, l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress.
Réorienter les services de santé	Consolider les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en centre hospitalier incluant les intervenants psychosociaux et spirituels.
	Consolider les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs en CSSS pour les soins à domicile incluant les intervenants psychosociaux et spirituels.

1. Inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[12].

11. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

PRINCIPAUX ENJEUX OU TENSIONS ÉTHIQUES

Sans prétendre en faire une liste exhaustive ni les résoudre dans le présent document, la lutte au cancer soulève de nombreux enjeux éthiques, de nombreuses considérations éthiques à tous les niveaux du continuum de soins et de services en cancer (voir glossaire). Le présent chapitre énumère quelques-unes des tensions éthiques identifiées dont il faut tenir compte dans nos choix de problématiques, d'interventions et leurs applications.

Une démarche de réflexion devrait constamment habiter les débats et les choix par tous les acteurs concernés. L'identification des enjeux éthiques et leur explicitation dans chacun des aspects du continuum de soins et de services en cancer est un premier pas exigeant, mais utile et nécessaire. Le directeur de santé publique invite les lecteurs à y réfléchir pour rendre les services mieux adaptés aux populations qui en ont besoin.

Voici donc, sans hiérachisation ni ordre particulier, des exemples d'enjeux éthiques identifiés par l'équipe de rédaction :

- Promotion des saines habitudes de vie, incitation aux changements d'habitudes de vie *versus* autonomie, responsabilité personnelle;
- Réflexe correcteur *versus* approche motivationnelle;
- Autonomie, choix individuel *versus* promotion du dépistage (voir glossaire) de certains cancers;
- Environnements favorables à la santé *versus* libre marché, concurrence;
- Protection de la santé, protection de la vie *versus* choix de fin de vie;
- Solidarité dans la lutte aux inégalités sociales *versus* individualisme, valeurs de consommation;
- Indications et utilisation de médicaments antinéoplasiques coûteux *versus* ressources limitées et coûts de la santé;
- Perception du risque des personnes, des communautés (soit élevée, soit minimisée) *versus* l'estimation des risques et leur gestion.

Ces quelques exemples visent à éveiller l'identification des enjeux ou tensions éthiques à chaque étape du continuum de soins et de services en cancer et leur prise en compte explicite dans les décisions.

12. PASSER À L'ACTION TOUS ENSEMBLE

Les recommandations mondiales : une inspiration

Les tendances actuelles et prévues relatives au cancer tant au Canada qu'au niveau mondial font ressortir la nécessité d'élaborer des plans pour faire face à ce nombre croissant de cas de cancer qui surviennent actuellement. Nous devons déployer des efforts encore plus considérables sur le plan de la prévention primaire, afin de réduire le nombre de cas évitables de cancer. Par ailleurs, nous devons accroître la capacité de la région à offrir des soins palliatifs adéquats pour vivre les derniers moments de vie dans la plus grande dignité lorsque les traitements ne laissent plus entrevoir l'espoir d'une guérison[11].

Les recommandations pour la région s'inspirent d'une part des particularités de la région et des orientations ministérielles, ainsi que des recommandations d'organisations mondialement reconnues.

Plusieurs organisations s'impliquent dans la problématique du cancer, notamment l'OMS, le FMRC et plus près de nous, la Société Canadienne du cancer et la Fondation québécoise du cancer.

En 2007, l'OMS a publié son plan d'action contre le cancer[13] et le FMRC a publié son deuxième rapport sur la prévention du cancer portant sur l'alimentation, la nutrition et l'activité physique[7] et un rapport sur les recommandations de santé publique, dont la synthèse en français fournit de précieuses orientations[31].

La Société canadienne du cancer publie également des recommandations préventives, notamment sur son site Internet[361].

Les trois organismes recommandent, avec quelques distinctions, des actions préventives portant sur le maintien d'un poids santé, la pratique d'activité physique, la consommation quotidienne de fruits et de légumes, la limitation de la consommation d'alcool et le non-usage du tabac. D'autres recommandations préventives sont identifiées par un ou deux organismes, notamment, la protection solaire, le dépistage de certains cancers, la vaccination contre le VPH et de l'hépatite B, la réduction des risques professionnels, etc.

Les recommandations spécifiques sont présentées à l'annexe 5.

Comment passer à l'action, maintenant? Quels moyens devons-nous mettre en œuvre?

1. La condition gagnante : un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer

Le directeur de santé publique se positionne comme leader pour actualiser la démarche de prévention des cancers. Il demande aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et aux partenaires intersectoriels de s'engager dans la lutte contre le cancer.

Créer un réel continuum de soins et de services en cancer

Déployer un réseau intégré de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches en commençant par améliorer la continuité des services dans notre propre réseau. Cela nécessite un réel continuum de soins et de services entre le préventif et le curatif, de la promotion des saines habitudes de vie jusqu'aux soins palliatifs. Le Comité régional de lutte contre le cancer pourrait jouer un rôle d'expertise pour appuyer ce réseau intégré.

Identifier les responsables, compléter et consolider les équipes

- Les équipes tout au long du continuum

Le continuum de soins et de services en cancer doit être sous la responsabilité d'un porteur de dossier cancer dans chaque CSSS. Idéalement, ce porteur devrait être un leader dans le domaine du cancer : les gestionnaires du programme de lutte contre le cancer sont les personnes indiquées pour cette responsabilité, accompagnées d'un médecin responsable en provenance de chaque centre hospitalier.

- Les équipes en promotion et prévention pour la population générale

À la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, il y a lieu de créer une équipe de projet en cancer et développer davantage les collaborations avec les autres directions de l'Agence. Une ressource a d'ailleurs été assignée pour le suivi du rapport du directeur sur le cancer.

En CSSS, les cinq responsables locaux de santé publique de la région doivent eux aussi s'engager pour intensifier la promotion des saines habitudes de vie sur leur territoire par la création d'équipes interdisciplinaires en promotion des saines habitudes de vie. Des professionnels de diverses équipes ont déjà comme mandat la promotion des saines habitudes de vie. Les agents de promotion des saines habitudes de vie sont formés sur les approches individuelles de counselling bref et avancé, ainsi que sur les approches environnementales. Ils doivent être « les pivots » pour former une équipe solide en prévention dans chaque CSSS.

Les équipes de promotion des saines habitudes de vie en CSSS constituent la référence pour les changements de comportements de l'individu et la modification des environnements. Elles serviront de référence pour les professionnels qui travaillent auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches. Ces équipes vont également soutenir les médecins et les infirmières des GMF et en second lieu les médecins des cliniques médicales privées. Le développement de nouvelles collaborations avec les responsables des GMF et d'autres types de professionnels tels que les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne est à réaliser.

- Les équipes en oncologie et en soins palliatifs

Les équipes interdisciplinaires en oncologie et en soins palliatifs des centres hospitaliers et des CSSS doivent être complétées en respectant le plus possible les critères du MSSS pour la désignation de l'équipe régionale et des équipes locales.

Améliorer les références et les collaborations

Décloisonner et partager l'information en collaborant avec plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux de même qu'avec les intervenants de différents milieux qui travaillent sur la problématique des cancers. Pour le moment, parce qu'ils ne se connaissent pas entre eux et parce qu'ils sont répartis dans différents établissements, ils ne se réfèrent pas de cas les uns aux autres. Les structures actuelles ne favorisent pas assez les échanges.

Par exemple :

- que les spécialistes en oncologie, les médecins de famille et autres spécialistes ainsi que les professionnels des CSSS aient accès au dossier des personnes atteintes de cancer lors des traitements curatifs ou palliatifs;
- que les professionnels impliqués en prévention et en traitement dans les CSSS et dans les centres hospitaliers, qui travaillent pour et avec les personnes atteintes de cancer, collaborent ensemble;
- que les agents de promotion des saines habitudes de vie dans CSSS et les infirmières-pivots en oncologie développent le réflexe de travailler ensemble;
- que les organismes communautaires impliqués auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches, et d'autres organismes communautaires soient de plus en plus sollicités.

2. Les trois priorités du directeur de santé publique

La première priorité : créer des environnements favorables à la santé

Pour créer des environnements favorables à la santé, que ce soit l'environnement physique, social, économique ou politique, le directeur de santé publique invite les partenaires à s'engager :

- en commençant par nos propres milieux de vie et de travail;
- en investissant les milieux communautaires, avec les organismes communautaires et la communauté;
- en collaborant avec les milieux de garde, les milieux scolaires, les municipalités et éventuellement les partenaires intersectoriels.

Nous pouvons créer des environnements favorables pour :

- les personnes en santé;
- les personnes atteintes de cancer;
- les personnes les plus défavorisées.

Les moyens retenus sont :

- contribuer à la mise en œuvre des actions de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches;
- consolider le volet environnemental du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION;
- intensifier les collaborations avec les partenaires intersectoriels comme ceux reliés à l'emploi et à l'économie, ainsi qu'avec le secteur privé ou public-privé.

La deuxième priorité : augmenter notre force de frappe en prévention en investissant les milieux cliniques

Augmenter la participation des professionnels de la santé et des services sociaux en intégrant les pratiques cliniques préventives dans le continuum de soins et de services en cancer.

Plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants peuvent devenir des promoteurs des saines habitudes de vie et réaliser des activités préventives lorsque l'occasion se présente. À titre d'exemple, en lien avec les agents de promotion des saines habitudes de vie, pensons aux médecins, aux infirmières cliniciennes, aux infirmières de la clinique externe, aux infirmières de chevet, aux infirmières des GMF, aux nutritionnistes, aux inhalothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux éducateurs physiques, aux kinésiolesgues, aux intervenants sociaux, aux psychologues, aux travailleurs sociaux, etc.

Le moyen retenu est :

- Développer le counselling bref sur les saines habitudes de vie adapté à l'état de santé de la personne, dès l'annonce du diagnostic de cancer et dans l'ensemble du continuum de soins et de services en cancer.

La troisième priorité : unir nos forces, s'allier avec ceux qui combattent les maladies chroniques

Des facteurs de risque communs

Plusieurs facteurs de risque des cancers et des maladies chroniques sont similaires. Viser une approche globale et intégrée de la personne doit être prioritaire.

S'allier

Plusieurs intervenants du réseau de la santé contribuent déjà à la prévention des cancers sans nécessairement en être conscients. À titre d'exemple, les professionnels qui travaillent en prévention des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète, obésité, etc.) agissent sur les mêmes facteurs de risque que ceux qui travaillent en prévention des cancers. Ils auraient avantage à être mieux informés de la portée de leurs interventions sur la prévention des cancers.

Le moyen retenu est :

- Former et informer les professionnels de la santé et des services sociaux sur les saines habitudes de vie.

3. Développer un projet pilote

Pour développer un continuum qui inclut la prévention à toutes les étapes, le directeur de santé publique propose d'expérimenter un projet-pilote sur le territoire d'un CSSS. Le modèle expérimenté pourrait par la suite être implanté sur l'ensemble du territoire.

4. Former et informer

On doit former les professionnels et les intervenants qui travaillent avec la population en santé et les personnes atteintes de cancer sur les mesures efficaces en promotion des saines habitudes de vie, en prévention des cancers et en dépistage des cancers.

Comment procéder?

- Développer un modèle de formation novateur;
- Améliorer la circulation de l'information avec les nouvelles technologies;
- Travailler en collaboration avec l'Université du Québec à Rimouski – Campus de Lévis et l'Université Laval.

Former qui?

Former les agents de promotion des saines habitudes de vie dans les CSSS pour le counselling avancé et la création d'environnements favorables (adultes) si ce n'est déjà fait.

Miser sur l'implication des infirmières pour les changements de pratique :

- dans les CSSS;
- dans les GMF;
- dans les centres hospitaliers : par exemple, les infirmières cliniciennes, les infirmières-pivots en oncologie, les infirmières des cliniques externes d'oncologie.

Par la suite, former les professionnels des équipes de prévention dans les CSSS (périnatalité, enfants, jeunes), les partenaires intersectoriels et les intervenants du milieu communautaire.

5. Évaluer et faire de la recherche

Évaluer le rapport et ses recommandations et effectuer le suivi de l'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer.

Développer des projets de recherche pour la région. À titre d'exemple, un projet sur l'implantation des saines habitudes de vie dans différents milieux, la création d'un milieu favorable à la santé ou le développement de nouveaux modèles d'organisation des services préventifs.

6. La priorisation des recommandations

Les consultations ont mené à prioriser les recommandations régionales à réaliser :

- d'ici 3 ans (2010-2013);
- d'ici 5 ans (2013-2015).

Les deux tableaux suivants résument ces recommandations, selon le continuum de soins et de services et la Charte d'Ottawa.

13. LE MOT DE LA FIN

Pour gagner le combat contre le cancer et améliorer le bien-être de notre population

Le combat contre le cancer est un enjeu de société. Tous ensemble, nous pouvons prévenir les cancers, diminuer les conséquences néfastes, la souffrance et la mortalité qui y sont associés.

La mise en place d'un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches se réalisera si les milieux, les professionnels et les intervenants concernés par la prévention et le traitement des cancers s'engagent et partagent une vision commune des enjeux.

Pour gagner le combat, les trois stratégies proposées sont :

- la création d'environnements favorables à la santé en débutant par notre propre milieu de vie et en lien avec notre communauté;
- la mobilisation des milieux cliniques curatifs afin d'amener la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des cancers dans tout le continuum de soins et de services en cancer;
- l'alliance avec ceux et celles qui combattent les maladies chroniques.

Parmi les conditions gagnantes, citons le continuum de soins et de services qui vit et respire grâce au soutien d'équipes interdisciplinaires en prévention, en oncologie et en soins palliatifs, en collaboration avec la communauté, qui vont à leur tour soutenir la personne désireuse d'améliorer la prise en charge de sa santé ou de prévenir les complications et les récives chez les personnes atteintes de cancer.

Et prévenir les cancers tous ensemble!

RÉFÉRENCES

1. Gauthier, J. et A.-M. Langlois. 2008. *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec. 103 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>.
2. Loufti, A. et al. 2007. *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la lutte contre le cancer, Québec. 39 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>.
3. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (à paraître). *Projet clinique Cancer et Soins palliatifs 2007-2012. Document de travail*. Sainte-Marie. 24 p.
4. Martin, C. et L. Arcand. 2006. *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Québec. 77 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>.
5. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 2008. *Plan stratégique régional et intersectoriel de main-d'oeuvre de Chaudière-Appalaches*. 41 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/documents/PlanstratregtintersectdemodeC AV2008-04-17.pdf>.
6. Lachance, B., M. Pageau et S. Roy. 2006. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 50 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>.
7. World Cancer Research Fund et American Institute for Cancer Research. 2007. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective*. Washington DC. 516 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.dietandcancerreport.org/?p=er&JServSessionIdr010=sh9r0qixt5.app45a>.
8. Fonds mondial de recherche contre le cancer. 2008. *Les recommandations pour la prévention du cancer*. En ligne, http://www.fmrc.fr/PDFs/recommandations_000.pdf. Consulté le 24 novembre 2009.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Gouvernement du Québec, Québec. 185 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>.
10. Comité national sur les expositions environnementales et professionnelles. 2005. *Prévention des cancers professionnels et environnementaux au Canada : examen des pratiques exemplaires et recommandations. (Stratégie canadienne de lutte contre le cancer)*. Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada et Agence de santé publique du Canada, 116 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20us/cw-our%20positions%20and%20perspectives/~media/CCS/Canada%20wide/Files>

- [%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/NCEOE%20Best%20Practices%20Review%20Final%20Report%20May2005%20-%20French%20pdf_27383055.ashx](#).
11. Société canadienne du cancer, Statistique Canada et Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*. Toronto. 135 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/stats%202009F%20Cdn%20Cancer.ashx>.
 12. Organisation mondiale de la santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. En ligne, <http://www.aspq.org/DL/charte.pdf>. Consulté le 10 septembre 2010.
 13. Organisation mondiale de la santé. 2009. *Le cancer*. En ligne, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/print.html>. Consulté le 2 mars 2009.
 14. Société canadienne du cancer et al. 2005. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*. Toronto. 118 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/Canadian%20Cancer%20Statistics%202005%20-%20FR%20-%20PDF_399036039.ashx.
 15. World Health Organization. 2007. *Cancer control*. En ligne, <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Consulté le 24 août 2010.
 16. Wallace, R.B. 1998. *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, Fourteenth Edition*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
 17. Béliveau, R. et D. Gingras. 2005. *Les aliments contre le cancer. La prévention et le traitement du cancer par l'alimentation*. Édition Trécaré, Montréal. 216 p.
 18. Agence de la santé publique du Canada. 2003. *Cancer*. En ligne, http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cancer/index_e.html. Consulté le 24 août 2010.
 19. Ressources humaines et développement des compétences Canada. 2010. *Indicators of Well-being in Canada*. En ligne, <http://www4.hrsdc.gc.ca/h.4m.2@-eng.jsp>. Consulté le 28 janvier 2010.
 20. Béliveau, R. et D. Gingras. 2006. *Cuisiner avec les aliments contre le cancer*. Édition Trécaré, Montréal. 274 p.
 21. Daigle, J.-M. et M. Beaupré. 2008. *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec, projections 2008*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 91 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/812_CancerQuebec_Projections2008.pdf.
 22. Institut national de santé publique du Québec. 2009. *Santéscope*. En ligne, <http://www.inspq.gc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=76>. Consulté le 22 janvier 2010.
 23. Société canadienne du cancer et al. 2008. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*. Toronto. 115 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/Canadian%20Cancer%20Statistics%202008%20PDF_404639205.ashx.
 24. Direction des communications Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Gouvernement du Québec, Québec. 98 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.acsp.net/bibliotheque-ressources/politique_en_soins_palliatifs_en_fin_de_vie_quebec.pdf.

25. Gagné, D. et M.-J. Drolet. 2004. *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12) - Plan d'action régional 2004-2007*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie. 60 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programmeregionaldelutte-3mai2004.pdf>.
26. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 2002. *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12). Portrait régional*. 180 p.
27. Direction de la lutte contre le cancer. 2006. *Activités stratégiques de la Direction de la lutte contre le cancer*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 9 p.
28. Boily, C. et al. 2009. *Rapport d'activité 2008-2009*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la lutte contre le cancer, Québec. 40 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-902-02.pdf>.
29. Organisation mondiale de la santé. 2010. *Maladies chroniques*. En ligne, http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/. Consulté le 15 janvier 2010.
30. Statistique Canada. 2009. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, cycle 4.1*. Données traitées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation, Service - Surveillance, recherche et évaluation.
31. Fonds mondial de recherche contre le cancer. 2007. *Recommandations de santé publique. Politiques et actions pour la prévention du cancer*. En ligne, http://www.fmrc.fr/PDFs/la_recherche/Policy_report_recommandations.pdf. Consulté le 5 mai 2010.
32. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. *Le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION en Chaudière-Appalaches*. En ligne, <http://www.0-5-30.com/Chaudiere-Appalaches/notreRegion.asp?rgn=Chaudiere-Appalaches#3>. Consulté le 22 décembre 2009.
33. Organisation mondiale de la santé. 2005. *Le cancer dans le monde*. Lyon: Centre international de recherche sur le cancer. 365 p.
34. Shields, P.G. 2000. *Epidemiology of tobacco carcinogenesis*. Current Oncology Reports. Z: p. 257-62.
35. Centre international de recherche sur le cancer et Organisation mondiale de la santé. 2009. *Le CIRC renforce ses observations sur plusieurs cancérogènes liés aux habitudes personnelles et aux expositions ménagères*. Monographies du Centre international de recherche sur le cancer.
36. Boyle, P. et P. Maisonneuve. 1995. *Lung Cancer and Tobacco smoking*. Lung Cancer 12 : 16 +: p. 181.
37. Doll, R.P. 1996. *The causes of cancer : quantitatives estimates of avoidable risk of cancer in the USB today*. Journal of the National Cancer Institute. 66: p. 1191-308.
38. Statistique Canada. 2005. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005*. Données traitées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation, Service - Surveillance, recherche et évaluation.
39. Institut de la statistique du Québec. 2009. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Gouvernement du Québec, Québec. 224 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf.

40. Doll, R. 2004. *Mortality in relation to smoking. 50 years observations on male British doctors*. British Medical Journal. 328: p. 1519-627.
41. California Environmental Protection Agency. 2005. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Part B : health effects. Public review draft*. En ligne, <http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/dreport.thm>.
42. Shields, M. 2010. *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Statistique Canada, no 82-618 au catalogue, 16 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-618-m/2004001/pdf/4241547-fra.pdf>.
43. Hawkins, R.J. et al. 1999. *Soins de santé préventifs bilan 1999 : Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche*. Journal of the Canadian Dental Association. 65(11): p. 617.
44. Néron, R. 2005. *Fumée de tabac et cancer... il n'y a pas de fumée sans feu!* Le médecin du Québec. 140(10): p. 27-32.
45. 2005. *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives. Projet de loi no 112*. Aussi accessible à l'adresse <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C29F.PDF>.
46. Charmley, L.L. et H.L. Trenholm. 2009. *Fiche de renseignements - Les mycotoxines*. En ligne, <http://www.inspection.gc.ca/francais/anima/feebet/pol/mycof.shtml>. Consulté le 8 mars 2010.
47. Béliveau, R. et D. Gingras. 2009. *La santé par le plaisir de bien manger. La médecine préventive au quotidien*. Édition Trécaré, Montréal.
48. Blanchet, C., C. Plante et L. Rochette. 2009. *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes Québécois*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 119 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/931_RapportNutritionAdultes.pdf.
49. Pageau, M. 2008. *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire. Mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec. 37 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf>.
50. Girard, J.-P. 2007. *Rapport de mission : les coopératives de santé au Japon*. 32 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cdrol.coop/sections/communications/Rapport-coop-sante-Japon.pdf>.
51. Pageau, M. 2009. *Une vision de la saine alimentation*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la promotion de saines habitudes de vie, p. Aussi accessible à l'adresse http://cqps.qc.ca/UserFiles/File/documents_pdf/MartinePageau12juin09.pdf.
52. Association québécoise des centres de la petite enfance. 2006. *Une politique alimentaire à l'intention du réseau des CPE*. En ligne, <http://www.aqcpe.com/quoi-de-neuf/une-politique-alimentaire-intention-reseau-des-89.html>. Consulté le 3 mai 2010.
53. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. 2007. *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Gouvernement du Québec, Direction générale de la formation des jeunes, Québec. 44 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf>.

54. Robitaille, É., P. Bergeron et B. Lasnier. 2009. *Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec. 19 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/964_AnalyAccessRestau_Depan.pdf.
55. Pageau, M. et coll. 2009. *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité, Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 48 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf>.
56. Groupe d'action sur le poids. 2010. *Mission*. En ligne, <http://www.equilibre.ca/content.asp?node=30>. Consulté le 7 septembre 2010.
57. Desrosiers, H., V. Dumitru et L. Dubois. 2009. *Le surplus de poids chez les enfants de 4 à 7 ans : des cibles pour l'action. L'ÉLDEQ 1998-2010 en bref*. Institut de la statistique du Québec, Québec. 20 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuille/Fasc3Vol4.pdf>.
58. Santé Canada. 2009. *Le nomogramme de l'indice de masse corporelle (IMC)*. En ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php. Consulté le 19 juillet 2010.
59. Les diététistes du Canada et Société canadienne de pédiatrie. 2010. *Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention des professionnels de la santé*. En ligne, http://www.cps.ca/Francais/enonces/N/DC_NouvellesCourbes.pdf. Consulté le 19 juillet 2010.
60. Audet, N. 2007. *L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes*. En ligne, http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_juin07.pdf. Consulté le 10 mars 2010.
61. Gouvernement du Québec. 2009. *Les fruits et les légumes en vedette toute l'année dans les restaurants du Québec*. En ligne, <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/index.php?aid=242>. Consulté le 28 avril 2010.
62. Comité scientifique de Kino-Québec. 1999. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction du sport et de l'activité physique, 27 p.
63. U.S. Department of Health and Human Services. 2008. *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. En ligne, <http://www.health.gov/paguidelines>.
64. Comité scientifique de Kino-Québec. 2009. *Activité physique des adultes - Lignes directrices*. En ligne, <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/ActPhysRecommandee.pdf>.
65. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2008. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, District de Columbia. 683 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.health.gov/paguidelines/Report/pdf/CommitteeReport.pdf>.
66. Newton, R. et al. 2008. *Exercise in prevention and management of cancer. Current Treatment Options in Oncology*. 9: p. 135-46.
67. Pan, S.Y. et al. 2009. *Energy intake, physical activity. Energy balance, and cancer : Epidemiologic evidence*. *Cancer epidemiology*.
68. Chevalier, R. 2007. *Pour prévenir le cancer bougez! 3 plans d'exercices simples et efficaces*. Édition Les éditions La presse. 197 p.

69. McTiernan, A. 2008. *Mechanisms linking physical activity with cancer*. Nature Review Cancer. 8(mars): p. 205-11.
70. Comité scientifique de Kino-Québec. 2006. *L'activité physique et le poids corporel, réédité en 2008*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec, Québec. 44 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisPoids%20CorporelMars2008.pdf>.
71. Balkwill, F. et al. 2001. *Inflammation and cancer : Back to virchow?* The Lancet. 357: p. 539-45.
72. Sinner, P. et al. 2006. *The association of physical activity with lung cancer incidence in a cohort of older women : the Iowa Women's Health Study*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 15: p. 2359-63.
73. Audrain-McGovern, J. et al. 2003. *Smoking progression and physical activity*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 12: p. 1121-9.
74. Kujala, U. et al. 2007. *Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood : A prospective twin cohort study*. Addiction. 102: p. 1151-7.
75. Page, R. et al. 1998. *Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviors?* Journal of Health Education. 29: p. 186-92.
76. Kaczynski, A. et al. 2008. *Smoking and physical activity : A systematic review*. American Journal of Health Behavior. 32: p. 93-110.
77. Ussher, M.H. et al. 2008. *Exercise interventions for smoking cessation*. Cochrane Database Systematic Review. Rev 4:CD002295.
78. Kawachi, I. et al. 1996. *Can physical activity minimize weight gain in women after smoking cessation?* American Journal of Public Health. 86: p. 999-1004.
79. Prapavessis, H. et al. 2007. *The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women*. Addictive Behaviors. 32: p. 1416-32.
80. Ussher, M. et al. 2008. *Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy : Two feasibility studies*. BMC Public Health. 8: p. 328.
81. Thibault, G. 2010 (en préparation). *L'activité physique, le sport et les jeunes - connaître et agir*. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Comité scientifique de Kino-Québec, Québec.
82. Centre québécois de lutte aux dépendances. 2006. *Drogues : savoir plus, risquer moins. Le livre d'information*. Édition Les éditions internationales Alain Stanké. 205 p.
83. April, N., J. Leblanc et N. Dion. 2009. *Boire moins, c'est mieux*. Le médecin du Québec. 44(2): p. 19-26.
84. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1999. *L'intoxication à l'alcool : Mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 15 p.
85. Simoneau, H., M. Landry et J. Tremblay. 2007. *Alcochoix+. Je bois, j'y vois : Un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Québec. 113 p.
86. Ministère de la santé et des services sociaux et al. 2006. *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Gouvernement du Québec, 80 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>.
87. Paquette, M.-C. et G. Doré. 2007. *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 56 p. Aussi

- accessible à l'adresse
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>.
88. Allard, F. et al. 2007. *Alcochoix +. Implanter et promouvoir*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 11 p. Aussi accessible à l'adresse
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/alcochoix/07-804-05.pdf>.
 89. Chida, Y. et al. 2008. *Do Stress-related Psychosocial Factors Contribute to Cancer Incidence and Survival?* *Nature Clinical Practice Oncology*. 5(8): p. 466-74.
 90. Antoni, M.H. et al. 2006. *The Influence of Bio-behavioural Factors on Tumour Biology : Pathways and Mechanisms*. *Perspectives*. 6(mars): p. 240-48.
 91. Black, P.H. 2006. *The Inflammatory Consequences of Psychologic Stress : Relationship to Insulin Resistance, Obesity, Atherosclerosis and Diabetes Mellitus, type II*. *Medical Hypotheses*. 67(avril): p. 879-91.
 92. Black, P.H. 2003. *The Inflammatory response Is an Integral Part of the Stress Response : Implications for atherosclerosis Insulin resistance, type II diabetes and Metabolic syndrome X*. *Brain, Behavior, and Immunity*. 17(février): p. 350-64.
 93. Servan-Schreiber, D. 2007. *Anticancer : Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*. Édition Éditions Robert Laffont, Paris. 410 p.
 94. Allavena, P. et al. 2008. *Pathways Connecting Inflammation and Cancer*. *Current Opinion in Genetics & Development*. 18: p. 3-10.
 95. Kundu, J.K. et S. Young-Joon. 2008. *Inflammation : Gearing the Journey to cancer*. *Mutation Research/ Reviews in Mutation research*, (mars): p. 1-16.
 96. Lin, W.-W. et M. Karin. 2007. *A Cytokine Mediated Link between Innate Immunity, Inflammation, and Cancer*. *The Journal of Clinical Investigation*. 117(5): p. 1175-83.
 97. Kenemy, M.E. et M. Schedlowske. 2007. *Understanding the Interaction between Psychosocial Stress and Immune-related Diseases : A Stepwise Progression*. *Brain, Behavior, and Immunity*. 21(juillet): p. 1009-17.
 98. Vissoci, R. et al. 2005. *Stress and Depression-induced Immune Dysfunction : Implications for the Development and Progression of Cancer*. *International Review of Psychiatry*. 17(6): p. 515-27.
 99. Vissoci, R. et al. 2004. *Stress, Depression, the Immune System, and Cancer*. *Oncology*. 5(octobre): p. 617-625.
 100. Joly, D. 2007. *Le stress : comment l'apprivoiser?* Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie. 29 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/documents/DSPE-JoiDia.Stresscommentappr.pdf>.
 101. Acti-menu. 2010. *Équilibre de vie et stress > Pourquoi parler d'équilibre?* En ligne, <http://www.defisante530equilibre.ca/index.php/ds/Equilibre-de-vie-et-stress/Pourquoi-parler-d-equilibre>. Consulté le 22 juillet 2010.
 102. Dionne, S. et S. Jetté. 2001. *L'allaitement maternel au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 75 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>.
 103. Tufts-New England Medical Center Evidence-Bases Practice Center. 2007. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No 153*. AHRQ Publication No. 07-E007, Rockville. 415 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>.

104. World Health Organization et United Nations Children's Fund. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Children Feeding*. World Health Organization, Geneva. 37 p. Aussi accessible à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>.
105. Lawrence, R.A. et R.M. Lawrence. 2005. *Breastfeeding : A guide for the medical profession*. Édition e.é. Elsevier Mosby, Philadelphie.
106. Kwan, M.L. et al. 2004. *Breastfeeding and the risk of childhood leukemia : a meta-analysis*. Public health reports. 119(6): p. 521-35.
107. Daniels, J.L. et al. 2002. *Breastfeeding and neuroblastoma, USA and Canada*. Cancer Causes Control. 37(2): p. 155-8.
108. Santé Canada. 2004. *Durée de l'allaitement maternel exclusif - Recommandation de Santé Canada*. 4 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl-fra.pdf.
109. Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. 1999. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Organisation mondiale de la santé, Genève. 122 p. Aussi accessible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf.
110. Tremblay, G. et coll. 2005. *La santé des hommes au Québec*. Édition Les publications du Québec, Québec. 179 p.
111. Santé Canada. 2005. *Apports nutritionnels de référence*. En ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/dri_tables-fra.pdf. Consulté le 24 novembre 2009.
112. Tremblay, G., F. Fonséca et R. Lapointe-Goupil. 2003. *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. dans *Les hommes : s'ouvrir à leurs besoins et répondre à leurs réalités - Annexe 2*. Québec. p.68.
113. Gagnon, L. 2004. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins - Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 49 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-911-01rap.pdf>.
114. Gouvernement du Québec. 2009. *Le Ministre Yves Bolduc souhaite adapter les soins destinés aux hommes*. En ligne, <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Juillet2009/09/c5069.html>. Consulté le 9 juillet 2009.
115. Sport étudiant Québec et Chaudière-Appalaches. 2003. *Qu'est-ce que l'ARSEQCA*. En ligne, <http://www.sportetudiant.qc.ca/accueil/arseqca/mission/index.html>. Consulté le 9 décembre 2009.
116. Groupe de promotion pour la prévention en santé. 2010. *Pourquoi une norme?* En ligne, http://www.gp2s.net/index.php?option=com_content&task=category§ionid=6&id=61&Itemid=128&Itemid=108. Consulté le 22 juillet 2010.
117. Réseau québécois de villes et villages en santé. *Mission et objectifs*. En ligne, <http://www.rqvvs.qc.ca/reseau/mission.asp>. Consulté le 9 décembre 2009.
118. Réseau québécois de villes et villages en santé. *Liste des municipalités membres selon les critères sélectionnés*. En ligne, http://www.rqvvs.qc.ca/membres/liste_membres.asp?mode=cat®ion=12. Consulté le 20 août 2009.

119. Gouvernement du Québec. 2009. *Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie*. En ligne, <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/extranet/pag/index.php?fonds>. Consulté le 9 décembre 2009.
120. Québec en forme. 2009. *Mission-vision-valeurs*. En ligne, http://www.quebecenforme.org/quebec_forme/. Consulté le 9 décembre 2009.
121. *Loi sur la santé publique (L.R.Q., c.S-2.2)*. Aussi accessible à l'adresse http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.
122. Direction du programme de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. 2007. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Riche de tous nos enfants*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 162 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>.
123. Dupont, M.A., R. Pampalon et D. Hamel. 2004. *Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998*. Institut national de santé publique du Québec, Unité Études et analyses de l'état de santé de la population, Québec. 11 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/321-InegalitesHommesFemmesCancer1994-1998_fr.pdf.
124. Felitti, V.J. et al. 1998. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study*. American Journal of Preventive Medicine. 14: p. 245–58.
125. Organisation mondiale de la santé. 2002. *La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs*. dans *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé, Genève. p.63-95.
126. Knoke, D. 2009. *Programmes de visites à domicile en période pré ou post-natale*. En ligne, <http://www.cecw-cepb.ca/sites/default/files/publications/fr/HomeVisiting73F.pdf>. Consulté le 16 décembre 2009.
127. Eckenrode, J. 2004. *La prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants*. En ligne, <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EckenrodeFRxp.pdf>. Consulté le 16 décembre 2009.
128. Robitaille, É. 2009. *Indicateurs géographiques de l'environnement bâti et de l'environnement des services influant sur l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 113 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1001_IndGeoEnvBati.pdf.
129. Srivivasan, S., R. Liam et al. 2003. *Creating Healthy Communities, Healthy Homed, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health*. American Journal of Public Health. 93(9): p. 1446-1450.
130. Ricard, S. et coll. 2003. *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 85 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf.
131. William, R. et S.R. Miller. 2006. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Édition InterEditions-Dunod.

132. Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. *L'entretien motivationnel : qu'est-ce que c'est?* En ligne, <http://www.entretienmotivationnel.org/>. Consulté le 13 septembre 2010.
133. Hettema, J.M. et coll. 2005. Annual Review of Clinical Psychology. 1: p. 91-111.
134. Handley, M. et al. 2006. Journal of the American Board of Family Medicine. 19(224): p. 31.
135. Bélanger, H. 2008. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique. Mise à jour 2008*. Direction du programme de santé publique en collaboration avec la Direction de l'accessibilité aux services médicaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 162 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-272-03.pdf>.
136. Groulx, S. 2007. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service des orientations en santé publique, Québec. 72 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>.
137. Lamontagne, M. et C. Pouliot. 2008. *Bilan 2006-2008 sur l'intervention en habitudes de vie en GMF en Chaudière-Appalaches*. Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, Équipe habitudes de vie / maladies chroniques. Document interne., Sainte-Marie.
138. Boyle, P. et B. Levin. 2008. *World Cancer Report 2008*. IARC Nonserial Publication. 512 p.
139. Société canadienne du cancer. 2008. *L'environnement, le cancer et vous*. 50 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%200fichiers/pdf/Environnement%20Cancer%20Vous%20Nov08%20FR.ashx>.
140. Casalonga, S. 2009. *Cancer et environnement: l'Afsset prône un « changement de paradigme »*. En ligne, <http://www.journaldelenvironnement.net/article/cancer-et-environnement-l-afsset-prone-un-changement-de-paradigme,9106>. Consulté le 15 juin 2010.
141. Hammond, E.C., I.J. Selikoff et H. Seidman. 1979. *Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates*. Annals of the New York Academy of Sciences. 330: p. 473-491.
142. Dessau, J.-C. et al. 2004. *Le radon au Québec. Évaluation du risque à la santé et analyse critique des stratégies d'intervention*. Institut national de santé publique du Québec, 150 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/352-Radon_Rapport.pdf.
143. Santé Canada. 2009. *Radon : ce que vous devez savoir*. En ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/contaminants/radon/index-fra.php>. Consulté le 5 juin 2010.
144. Santé Canada. 2010. *Foire aux questions sur le radon*. En ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/faq_fq-fra.php. Consulté le 5 juin 2010.
145. Lévesque, B. et al. 1995. *Étude d'exposition au radon 222 dans les résidences de la province de Québec*. 46 p.
146. Casalonga, S. 2009. *Radon : l'OMS recommande un seuil de 100 Bq/m³*. En ligne, <http://www.journaldelenvironnement.net/article/radon-l-oms-recommande-un-seuil-de-100-bq-m3,13359>. Consulté le 5 juin 2010.

147. Santé et services sociaux. 2010. *Radon domiciliaire*. En ligne, <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?id=18,80,0,0,1,0>. Consulté le 10 mars 2010.
148. Société canadienne d'hypothèques et de logement et Santé Canada. 2007. *Le Radon. Guide à l'usage des propriétaires canadiens*. 58 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/61328.pdf?fr=1268331338291>.
149. Organisation mondiale de la santé. 2006. *Élimination des maladies liées à l'amiante*. En ligne, http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_OEH_06.03_fre.pdf. Consulté le 10 mars 2010.
150. Bourgault, M.-H., D. Belleville et coll. 2009. *Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines : estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Québec. 68 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/926_AnalRisqAmianteRapport.pdf.
151. Quénel, P. et al. 2003. *Qualité de l'air ambiant*. dans *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Édisem inc., Canada. p.292-315.
152. Nérôme S. et al. 2006. *Air, pollution et cancer, Carnet de routes de l'écologie de l'individu à l'écologie industrielle et environnementale*. Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). 17 p.
153. Pope, I. et al. 2002. *Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Longterm Exposure to Fine Particulate Air Pollution*. *Journal of the American Medical Association*. 287: p. 1132-1141.
154. Organisation mondiale de la santé. 2006. *Lignes directrices relatives à la qualité de l'air : particules, ozone, dioxyde d'azote et dioxyde de soufre. Mise à jour mondiale 2005. Synthèse de l'évaluation des risques*. 25 p. Aussi accessible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_fre.pdf.
155. Institut national de santé publique du Québec. 2002. *Actes sur la pollution de l'air et la santé publique, Symposium 2002*. En ligne, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/air/symposium/sympo-actes-detail.pdf>. Consulté le
156. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). 2008. *Cancers-environnements, expertise collective*. 907 p.
157. Institut national de santé publique du Québec. *Données de l'infocentre santé publique, qualité de l'air rsss12*. En ligne, Consulté le 14 août 2009.
158. Ministère du Développement durable de l'Environnement et des Parcs. 2007. *Info-Smog : L'origine du smog*. En ligne, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/air/info-smog/fiche-form.pdf>. Consulté le 15 juillet 2009.
159. Drouin, L. 2003. *Le changement climatique, Enjeu majeur de santé publique pour les Québécois*. En ligne, http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/145_PresentationChangementClimatique.pdf. Consulté le 15 juillet 2009.
160. Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2006. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec, Québec. 131 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf.
161. Nyberge, F. et al. *Urbain air pollution and lung cancer in Stockholm*. *Epidemiology* 2000. 11(5): p. 487-95.

162. Samet, J. et al. 1999. *Air pollution and Lung Cancer*. dans *Air pollution and Health : Academic Press*. 841-64.
163. Statistique Canada. 2006. *Profil des communautés de 2006, résultats pour Québec, mode de transport au travail*. En ligne, <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F>. Consulté le 10 juillet 2009.
164. Ministère du Transport du Québec. 2003-2008. *Plan de transport de la Chaudière-Appalaches*. 82 p.
165. Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches. 2006. *Profil socioéconomique de la Chaudière-Appalaches*. En ligne, http://www.chaudiere-appalaches.gc.ca/upload/chaudiere-appalaches/editor/asset/CRE_CA%20Profil%20ECO%20-%205.pdf. Consulté le 28 août 2009.
166. International Agency for Research on Cancer. 2002. *Styrene, IARC Summary & Evaluation*. 5 p.
167. Inventaire national des rejets de polluants. 2008. *Rejets sur place d'une installation*. En ligne, <http://www.ec.gc.ca/inrp-npri/default.asp?lang=Fr&n=4A577BB9-1>.
168. Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches. 1996. *Avis sur les risques à la santé de la population reliés aux émissions atmosphériques de l'incinérateur de la Régie intermunicipale de gestion des déchets de la Rive-Sud de Québec*. Sainte-Marie. 36 p.
169. Environnement Canada et al. 2000. *Campagne d'échantillonnage sur le chauffage au bois, hiver 1998-1999*. 92 p.
170. Ministère du Développement durable de l'Environnement et des Parcs. 2006. *Le chauffage au bois*. En ligne, <http://www.mddep.gouv.qc.ca/air/chauf-bois/index.htm>. Consulté le 12 juillet 2009.
171. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). 2000. *Toxicological profile for arsenic (update)*. En ligne, <http://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp2.html>. Consulté le juin 2010.
172. Ministère de l'Environnement Direction des politiques du secteur industriel Service des lieux contaminés. 2004. *Évaluation des teneurs de fond naturelles dans les sols*. Québec. 10 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.mddep.gouv.qc.ca/sol/terrains/teneurs-fond-naturelles.pdf>.
173. Ministère du Développement durable de l'Environnement et des Parcs. *Arsenic dans l'eau potable*. 2010. Communication personnelle Dr René Veillette.
174. Santé Canada. 2008. *L'Arsenic*. En ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/arsenic/guideline-recommandation-fra.php>. Consulté le 15 juin 2010.
175. Institut national de santé publique du Québec. 2003. *Fiches synthèses sur l'eau potable et la santé humaine*. En ligne, <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/198-CartableEau/>.
176. International Agency for Research on Cancer. *Ingested nitrates and nitrites*. En ligne, <http://monographs.iarc.fr/ENG/Meetings/94-nitratenitrite.pdf>.
177. Turcotte, É. (en préparation). *État de la situation de la production animale en Chaudière-Appalaches. Comment s'en porte l'environnement et la santé?* Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie. 178 p.
178. Samuel, O. 2001. *Réflexions sur l'utilisation des pesticides en milieu urbain*. Institut national de santé publique du Québec, Groupe scientifique sur les pesticides, Direction de la toxicologie humaine et Direction des risques

- biologiques, environnementaux et occupationnels, Sainte-Foy. 22 p. Aussi accessible à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/063_Memoire_pesticides.pdf.
179. Samuel, O. et al. 2007. *Indicateur de risque des pesticides du Québec - IRPeQ - Santé et environnement*. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et Institut national de santé publique du Québec, Québec. 41 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/602-IndicateurDeRisqueDesPesticides.pdf>.
 180. Gorse, I. et S. Dion. 2009. *Bilan des ventes de pesticides au Québec pour l'année 2006*. Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, Québec. 83 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.mddep.gouv.qc.ca/pesticides/bilan/bilan2006.pdf>.
 181. Organisation mondiale de la santé. 1999. *Rayonnement ultraviolet : rayonnement solaire et santé humaine*. En ligne, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs227/fr/index.html>. Consulté le 29 juillet 2009.
 182. International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. 2009. *Special report : Policy : A review of human carcinogens - Part D : radiation*. World Health Organization, 751-52.
 183. Société canadienne du cancer. 2009. *Le cancer de la peau est le cancer le plus fréquent au pays*. En ligne, http://www.cancer.ca/quebec/about%20us/media%20centre/qc-media%20releases/qc-quebec%20media%20releases/qc_escouades_o_soleil.aspx?sc_lang=fr-CA. Consulté le 5 août 2009.
 184. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. *Skin Cancer Prevention*. En ligne, <http://www.cdc.gov/Features/skincancer>. Consulté le 23 juin 2009.
 185. Association canadienne de dermatologie. 2009. *21e Semaine nationale de prudence au soleil : Un dépistage précoce augmente les chances de survie*. En ligne, <http://www.dermatology.ca/sap/GESCA-Supplement-2009.pdf>. Consulté le 5 août 2009.
 186. Gaudette, L.A. et R.N. Gao. 1998. *Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer*. Statistique Canada, 14 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/1998/3994-fra.pdf>.
 187. McCarthy, W.H. 2004. *The Australian experience in sun protection and screening for melanoma*. *Journal of Surgical Oncology*. 86(4): p. 236-245.
 188. Action Cancer Ontario. 2006. *Le cancer chez les jeunes adultes au Canada*. Agence de santé publique du Canada et Société canadienne du cancer, Toronto. p. Aussi accessible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyac-cjac06/pdf/cyac-cjac-2006_f.pdf.
 189. Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Incidence du cancer au fil des ans : Mélanome maligne de la peau, deux sexes combinés, Tous les âges, Québec et Canada, 1992-2005 : Taux standardisé d'incidence par âge pour 100 000 habitants (Canada 1991)*. En ligne, Consulté le 5 août 2009.
 190. Gandini, S. et al. 2005. *Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : II. Sun exposure*. *European Journal of Cancer*. 41(1): p. 45-60.
 191. Gandini, S. et al. 2005. *Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : I. Common and atypical naevi*. *European Journal of Cancer*. 41(1): p. 28-44.

192. Centers for Disease Control and Prevention. 2007. *Sunburn prevalence among adults - United States, 1999, 2003, and 2004*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 56(21): p. 524-28.
193. Saraiya, M. et al. 2004. *Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation : a systematic review*. American Journal of Preventive Medicine. 27(5): p. 422-66.
194. Centers for Disease Control and Prevention. 2002. *Guidelines for School Programs To Prevent Skin Cancer*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 51(rr04): p. 1-16.
195. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. *Skin Cancer Prevention*. En ligne, http://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/prevention.htm. Consulté le 21 juillet 2009.
196. International Agency for Research on Cancer. 1992. *Solar and ultraviolet radiation*. Lyon, France. 325 p.
197. Santé Canada. 2008. *Les bases de la protection solaire*. En ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/sun-sol/protect-protegez/sun-solaire-fra.php>. Consulté le 28 janvier 2010.
198. Association canadienne de dermatologie. 2004-2009. *Écrans solaires*. En ligne, http://www.dermatology.ca/french/sap/safety_resources/sunscreen_fags/index.html. Consulté le 28 janvier 2010.
199. Cancer Council Australia et The Australian College of Dermatologist. 2005. *Position statement: Use of SPF30+ sunscreens*. En ligne, http://www.cancercouncilnt.com.au/postition%20Statements/Use_of_SPF30_sunscreen_June.pdf. Consulté le 24 juillet 2009.
200. Vainio, H., A.B. Miller et F. Bianchini. 2000. *An international evaluation of the cancer-preventive potential of sunscreens*. International Journal of Cancer. 88(5): p. 838-42.
201. Collège des médecins de famille du Canada. 2007. *Le Cancer de la Peau - Pour protéger votre peau des effets nuisibles du soleil*. En ligne, http://www.cfpc.ca/local/files/Programs/Education%20PDF/French/Skin_cancer_fr.pdf. Consulté le 7 septembre 2010.
202. Helfand, M. et K.P. Krages. 2003. *Counseling to Prevent Skin Cancer : Summary of the Evidence*. En ligne, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/skacoun/skcounsum.htm>. Consulté le 22 juillet 2009.
203. Antoniou, C. et al. 2008. *Sunscreens - what's important to know*. European Academy of Dermatology and Venereology.
204. Lautenschlager, S., H.C. Wulf et M.R. Pittelkow. 2007. *Photoprotection*. Lancet. 370(9586): p. 528-37.
205. Diffey, B.L. 2001. *When should sunscreen be reapplied? Article à obtenir et lire*. Journal of the American Academy of Dermatology. 45(6): p. 882-5.
206. Marrett, L. et al. 2008. *Enquête nationale sur l'exposition au soleil : Faits saillants : Santé Canada*. Agence de santé publique du Canada, Société canadienne du cancer, 9 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20us/media%20centre/cw-media%20releases/cw-2008/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/national%20sun%20survey%202008%20fr.ashx>.
207. Canadian Dermatology Association et Angus Reid Strategies. 2009. *Melanoma Awareness and Attitudes Survey of Canadians*. 19 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.dermatology.ca/media/news/CDA-MelanomaReport.pdf>.

208. Gerber, B. et al. 2002. *Ultraviolet emission spectra of sunbeds*. Photochemistry and Photobiology. 76(6): p. 664-8.
209. Rhainds, M. 1998. *Le bronzage artificiel au Québec. Bilan des connaissances et recommandations. Rapport du comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 86 p. Aussi accessible à l'adresse http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98_209.pdf.
210. Rhainds, M. et C. Rosen. 2006. *Orientations stratégiques concernant la prévention primaire du cancer de la peau au Canada dans Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Comité national de protection solaire, Groupe d'action sur la prévention primaire et Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, Toronto. 15 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.uvnetwork.ca/StrategicDirectionsPrimaryPreventionFrench.pdf>.
211. Centers for Disease Control and Prevention. 2003. *Preventing skin cancer: Findings of the task force on community preventive services on reducing exposure to ultraviolet light*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 52(rr15): p. 1-12.
212. Dadlani, C. et S.J. Orlow. 2008. *Planning for a brighter future: a review of sun protection and barriers to behavioral change in children and adolescents*. Dermatology Online Journal. 14(9): p. 1.
213. Wartman, D. et M. Weinstock. 2008. *Are We Overemphasizing Sun Avoidance in Protection from Melanoma?* 17(3).
214. Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins. 2009. *Données probantes 2009. L'examen médical périodique de l'adulte*. 30 p. Aussi accessible à l'adresse www.santepub-mtl.gc.ca/espacemedecins/examenmedicalperiodique2009.
215. Organisation mondiale de la santé. 2009. *Rayonnement ultraviolet et le Programme INTERSUN : Protection solaire*. En ligne, http://www.who.int/uv/sun_protection/fr/. Consulté le 29 juillet 2009.
216. Santé Canada. 2003-2006. *Prévention du cancer de la peau*. En ligne, <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cancer-fra.php>. Consulté le 29 juillet 2008.
217. Société canadienne du cancer. 2009. *Faites preuve de bon sens sous le soleil*. En ligne, http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Use%20SunSense/Using%20SunSense.aspx?sc_lang=fr-CA. Consulté le 3 février 2010.
218. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Danger! Le bronzage pourrait avoir votre peau!* En ligne, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-269-01F.pdf>. Consulté le 3 mars 2010.
219. Association canadienne de dermatologie. 2004-2009. *Protéger votre famille*. En ligne, http://www.dermatology.ca/french/sap/safety_resources/sun_exposure/index.html. Consulté le 28 janvier 2010.
220. Levallois, P. et al. 2000. *Consensus sur l'évaluation et la gestion des risques associés à l'exposition aux champs électrique et magnétique provenant des lignes électriques. Rapport du groupe de travail au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 36 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/052-champs-electromagnetiques.pdf>.

221. Gauvin, D., E. Ngamga Djeutcha et P. Levallois. 2007. *Exposition aux champs électromagnétiques : mise à jour des risques pour la santé et pertinence de la mise en œuvre du principe de précaution*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 144 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/655-ChampsElectromagnetiques.pdf>.
222. Organisation mondiale de la santé. 2010. *Champs électromagnétiques et santé publique. Stations de base et technologies sans fil. Aide mémoire no 304*. En ligne, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs304/fr/index.html>. Consulté le 8 mars 2010.
223. Santé Canada. 2009. *Votre santé et vous. Sécurité des cellulaires et des stations de base*. Gouvernement du Canada, 3 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/prod/cell-fra.pdf.
224. Université d'Ottawa. 2010. *Les communications sans fil et la santé*. En ligne, <http://www.rfcom.ca/welcome/indexfr.shtml>. Consulté le 8 mars 2010.
225. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. 2007. *Risque cancérigène en milieu professionnel*. Paris. 30 p. Aussi accessible à l'adresse [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Risque%20canc%E9rog%E8ne%20en%20milieu%20professionnel/\\$File/print.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Risque%20canc%E9rog%E8ne%20en%20milieu%20professionnel/$File/print.html).
226. Gagnon, F., P. Deshaies et M. Lepage Saucier. 2005. *Travail, environnement et cancer*. Le médecin du Québec. 40(10): p. 81-5.
227. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. 2006. *Le point des connaissances sur les cancers professionnels*. Paris. 5 p.
228. Aubrun, J.C. 1997. *Les cancers professionnels en France*. Hygiène et sécurité du travail. 169(533-13).
229. Rushton, L., S. Hutchings et T. Brown. 2007. *The burden of occupational cancer in Great Britain. Results for bladder cancer, leukaemia, cancer of the lung, mesothelioma, non-melanoma skin cancer and sinonasal cancer (no RR595)*. Health & Safety Executive, London. 118 p.
230. Rushton, L., S. Hutchings et T. Brown. 2008. *The burden of cancer at work : estimation as the first step to prevention*. Occupational and Environmental Medicine. 65(12): p. 789-800.
231. Stellman, J.M. 2000. *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. 3e édition française, traduction de la 4e édition anglaise*. Genève: Bureau international du Travail.
232. Siemiatycki, J. 2005. *Les causes du cancer relié à l'environnement de travail*. In : *Forum 2005 - New Strategies for Recognizing and Preventing Occupational Disease*. Canadian Center for Occupational Health & Safety, Toronto. 33 p. Aussi accessible à l'adresse http://forum05.ccohs.ca/presentations/Jack_Siemiatycki_FRE_PPT.ppt.
233. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001)*. Aussi accessible à l'adresse http://www2.publicationsduquebec.gouv.gc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html.
234. Labrèche, F. et al. 2009. *Cadre de référence du système de surveillance de l'exposition à l'amiante et des maladies qui y sont reliées*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 53 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/942_CadreRefExpoAmiante.pdf.

235. De Guire, L. et al. 2003. *Épidémiologie des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 76 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/222-EpidemiologieExpositionAmiante.pdf>.
236. Lebel, G. et S. Gingras. 2007. *Épidémiologie descriptive des principaux problèmes de santé reliés à l'exposition à l'amiante au Québec, 1981-2004*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 79 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/651-Amiante.pdf>.
237. Institut national de la Santé et de la recherche médicale. 1997. *Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante*. Paris. 448 p.
238. Turcot, A. et L. Roberge. 2001. *L'exposition aux fibres d'amiante dans le secteur minier. (diaporama)*. Montréal: Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches et CLSC Frontenac. 18 p.
239. Lajoie, P. et al. 2003. *Fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur - État de situation au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 103 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/233-FibresAmianteAirInterieurExterieur.pdf>.
240. Huneault, C. 2008. *Projet Provincial – Amiante. Secteurs industriels. Bilan final provincial au 31 décembre 2007*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal. 38 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.santepub-mtl.gc.ca/Publication/pdftravail/projetamiante.pdf>.
241. Siemiatycki, J. et al. 2004. *Listing occupational carcinogens*. Environmental Health Perspectives. 112(15): p. 1447-459.
242. Ministère de l'Éducation du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux. 1999. *Démarche préventive concernant le flocage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Bilan commun*. Québec. 6 p.
243. Morasse, A. 1999. *Démarche de prévention relative aux flocages d'amiante dans les écoles, bilans et suivi. Lettre aux directeurs généraux de CLSC, coordonnateurs en santé au travail, responsable du service Info-Santé, responsable des soins infirmiers en milieu scolaire et infirmière conseillère Centrale Info-Santé*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie. 2 p.
244. Ministère de l'Éducation du Québec. 2005. *État de situation au 24 janvier 2005 sur la démarche de prévention relative au flocage d'amiante. Réseau de l'éducation préscolaire, et de l'enseignement primaire et secondaire*. Gouvernement du Québec, Québec. 3 p.
245. Ministère de l'Éducation du Québec. 2005. *Inventaire des flocages d'amiante dans les bâtiments scolaires, région 12*. Gouvernement du Québec, Québec. 2 p.
246. Driscoll, T. et al. 2005. *The global burden of disease due to occupational carcinogens*. American Journal of industrial medicine. 48: p. 419-431.
247. International Labour Organization. 2006. *Outline for a National Programme for the Elimination of Silicosis*. En ligne, http://www.oit.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110415.pdf. Consulté le 5 juillet 2010.
248. Interventions for Healthy Environment, Occupational Health et Department of Public Health and Environment. 2007. *Elimination of silicosis*. En ligne, http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnet12e.pdf. Consulté le 5 juillet 2010.
249. Commission de la santé et de la sécurité au travail. 2010. *Plan d'action construction 2010 (affiche)*. En ligne,

- http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/70F20704-9F5D-465C-987C-23FF3B8F21E6/7090/DC_900_9119_9_web1.pdf.
250. Huot, C. 2007. *Prévention des cancers professionnels : portrait des interventions réalisées et proposition de plan d'action régional*. Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Lévis. 36 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.rss12.gouv.qc.ca/documents/Rapportcancersprofessionnels27-12-2007_000.pdf.
251. Goggin, P. et M.-H. Mayrand. 2009. *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Québec. 119 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/915_AvisOptDepCancerCol.pdf.
252. Centers for Disease Control and Prevention. 2003. *Guidelines for infection control in dental health-care settings*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 52(RR-17).
253. Perz, J.F. et al. 2006. *The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide*. Journal of hepatology. 45: p. 529-38.
254. Costagliola, D. et coll. 2003. *Incidence of non-AIDS-Defining Cancers Before and During the Highly Active Antiretroviral Therapy Era in a Cohort of Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients*. Journal of Clinical Oncology. 21(18): p. 3447-53.
255. Guiguet, M. et al. 2009. *Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS C04): a prospective cohort study*. En ligne, [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(09\)70282-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(09)70282-7/abstract). Consulté le 5 juillet 2010.
256. Bruyand, M., R. Thiebaut et al. 2009. *Role of Uncontrolled HIV RNA Level and Immunodeficiency in the Occurrence of Malignancy in HIV-Infected Patients during the Combination Antiretroviral Therapy Era: Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) CO3 Aquitaine Cohort*. Clinical Infectious Diseases. 49(7): p. 1109-16.
257. Spano, J.-P. et S. Faivre. 2003. *Tumeurs malignes associées au VIH : pronostic et traitement*. Bull Cancer. 90(5): p. 413-8.
258. 2010. *Cas déclarés et inscrits au fichier provincial MADO entre janvier 2003 et décembre 2009, Analyses des données de déclaration et d'enquête*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, Sainte-Marie.
259. Allard, P.R., R. Parent et coll. 2008. *Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec, avril 2002 à mars 2004*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Québec. 84 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/853_Rapport_FacteursRisques_VHC.pdf.
260. Agence de la santé publique du Canada. 2006. *I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, Rapport sur la phase 1*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

261. Agence de la santé publique du Canada. 2002. *Prévention de l'hépatite C : examen de la preuve internationale actuelle*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 54 p.
262. Merrill, J. 1998. *Evaluating treatment effectiveness : Changing our expectations*. Journal of Substance Abuse Treatment. 15: p. 175-6.
263. Novick, D.M. 2000. *The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Methadone Maintenance Treatment*. The Mount Sinai Journal of Medicine. 67(5 & 6): p. 440.
264. Parent, R. et coll. 2003. *Analyse des cas d'infection génitale à chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile - 1997-2001*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida du Québec. 205 p. Aussi accessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-311-01.pdf>.
265. Comité sur l'immunisation du Québec. 2005. *La prévention de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 90 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/397-PreventionHepatitisBImmunitation.pdf>.
266. 2010. *Cas déclarés et inscrits au fichier provincial MADO entre janvier 2005 et décembre 2009, Analyses des données de déclaration et d'enquête*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, Sainte-Marie.
267. Agence de la santé publique du Canada et al. 2008. *Sommaire-Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*. 4 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/estimat08-fra.pdf>.
268. Institut national de santé publique du Québec. 2009. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2008*. Québec. 59 p.
269. Dubé, E. et al. 2007. *Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Québec. 96 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/714-PrevVaccinationPapillomeHumain.pdf>.
270. Noël, L., J. Laforest et P.-R. Allard. 2007. *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC, Revue systématique de littérature et validation empirique*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 172 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/622-UDI.pdf>.
271. Richard, S. 2009. *Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Québec. 169 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf.
272. Raffle, A. et M. Gray. 2007. *All screening programmes do harm. Some do good as well and, of these, some do more good than harm at reasonable cost*. dans *Screening-Evidence and Practice*. Oxford University Press, New York. p.317.
273. Welch, H.G. 2005. *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi, traduit de l'anglais par Fernand Turcotte*. 263 p.

274. Agence de la santé publique du Canada. 2010. *Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*. En ligne, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/gecssp-ctfphc-fra.php>. Consulté le 27 avril 2010.
275. U.S. Department of Health and Human Services. *U.S. Preventive Services Task Force*. En ligne, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>. Consulté le 27 avril 2010.
276. Ministère de la Santé et des services sociaux. 2009. *A propos du programme. Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. En ligne, http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?A_propos_du_programme. Consulté le 8 septembre 2009.
277. Vandal, N. et al. 2009. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*. Institut national de santé publique du Québec, Québec. 20 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/885_EvalMortaliCancerSein.pdf.
278. Institut national de santé publique du Québec. 2008. *SI-PQDCS*.
279. Institut national de santé publique du Québec. 2009. *Évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal au Québec. Une comparaison avec le Canada hors Québec et les pays industrialisés*. Gouvernement du Québec, 64 p.
280. Drolet, M. et B. Candas. 2008. *Revue systématique des programmes de dépistage du cancer colorectal de la population à risque moyen*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des systèmes de soins et politiques publiques, Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, Québec. 72 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/883_RevueSystPrpgDepistCC.pdf.
281. Miller, A. et al. 2008. *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec, Rapport du comité scientifique constitué par l'Institut national de santé publique du Québec*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des systèmes de soins et politiques publiques, Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, Québec. 261 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf.
282. Feightner, J.W. 1994. *Dépistage du cancer de la prostate*. dans *Guide Canadien de médecine clinique*. Communications Group, Ottawa. p.915-30.
283. Conseil canadien sur les maladies de la prostate. 2005. *Antigène prostatique spécifique : un test sanguin pour la détection précoce du cancer de la prostate. Document éducatif, Guide du patient*. En ligne, <http://www.canadian-prostate.com>.
284. Saad, F. et M. McCormack. 2008. *Comprendre le cancer de la prostate, Nouvelle édition*. Édition Les Éditions Santé Rogers Media, Montréal. 178 p.
285. Labrecque, M. 2009. *Le dépistage du cancer de la prostate : la controverse persiste...2e épisode !* L'Actualité médicale. 21 octobre: p. 60.
286. Grunfeld, J.-P. 2009. *Recommandations pour le plan cancer 2009-2013. Rapport au président de la république. Pour un nouvel élan*. France. 104 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-_mars_2009.pdf.
287. Société canadienne du cancer. 2009. *Causes du cancer du poumon*. En ligne, http://www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Types%20of%20cancer/Causes%20of%20lung%20cancer.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1. Consulté le 17 février 2010.

288. Société canadienne du cancer. 2009. *Causes du cancer colorectal*. En ligne, http://www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Types%20of%20cancer/Causes%20of%20colorectal%20cancer.aspx?sc_lang=fr-ca&r=1. Consulté le 16 février 2010.
289. National Breast and Ovarian Cancer Centre. 2009. *Breast cancer risk factors : a review of the évidence*. Surry Hills, NSW. p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.nbocc.org.au>.
290. American Cancer Society. Avril 2007. *Proceedings of the International Consensus*.
291. Maheux, B. et al. 2009. *De l'enfance à la vieillesse, Soigner pour prévenir. Le cancer du sein*. Édition Université de Montréal, Montréal. 438 p.
292. National cancer institute factsheet. 2006. *Oral Contraceptives and cancer risk : Questions and answers*. En ligne, <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/oral-contraceptives>. Consulté le 8 mars 2010.
293. Société canadienne du cancer. 2009. *Causes du cancer de la prostate*. En ligne, http://www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Types%20of%20cancer/Causes%20of%20prostate%20cancer.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1. Consulté le 16 février 2010.
294. Bélanger, S. et al. 2005. *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer. Avis*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la lutte contre le cancer, Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie, Québec. 101 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=ceedfc80a4cb5f5b25b8ac6a92bf9049.
295. Comité de soutien d'adaptation et de réadaptation. 2005. *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec. Recommandations. Avis*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la lutte contre le cancer, Québec. 34 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=e54e79a8667e4ccb3e52a57cba74f445.
296. Bultz et coll. 2007. *Distress - the sixth vital sign in cancer care : Implications for treating older adults undergoing chemotherapy*. *Geriatrics and Aging*. 10(10): p. 647-53.
297. Carlson, L.E. et M. Speca. 2007. *Managing daily and long term stress in Springer US*. dans *Handbook of Cancer Survivorship*. 339-60.
298. Bultz, B.D. et L.E. Carlson. 2006. *Emotional distress : The sixth vital sign - Future directions in cancer care*. *Psycho-Oncology*. 15: p. 93-5.
299. Zabora, J. et coll. 2001. *The prevalence of psychological distress by cancer site*. *Psycho-Oncology*. 10(1): p. 19-28.
300. Miovic, M. et S. Block. 2007. *Psychiatric disorders in advanced cancer*. *Cancer*. 110(8): p. 1665-76.
301. Misono, S. et al. 2008. *Incidence of suicide in persons with cancer*. *Journal of Clinical Oncology*. 10(26(29)): p. 4731-38.
302. Schneider, K.L. et E. Shenassa. 2008. *Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients*. *Journal of Psychosocial Oncology*. 26(2): p. 49-62.
303. Dormer, N.R., K.A. McCaul et L.J. Kristjanson. 2008. *Risk of suicide in cancer patients in Western Australia 1981-2002*. *Medical Journal of Australia*. 188(3): p. 140-43.

304. Kendal, W.S. 2007. *Suicide and cancer : a gender-comparative study*. *Annals of Oncology*. 18(2): p. 381-7.
305. St-Laurent, D. et S. Tennina. 2000. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 59 p.
306. Paré, L. 26 juillet 2010. *Rapports de coroners du Bureau du coroner du Québec*. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Sainte-Marie. (données traitées par L. Paré).
307. Pollack, L.A. et coll. 2005. *Cancer survivorship : a new challenge in comprehensive cancer control*. *Cancer Causes and Control* 2005. 16(Suppl.1): p. 51-9.
308. Rowland, J.H. et al. 2006. *Cancer survivorship : a new challenge in delivering quality cancer care*. *Journal of Clinical Oncology* 2006. 24(22): p. 5101-04.
309. Rowland, J.H. et K.M. Bellizi. 2008. *Cancer survivors and survivorship research : A reflection on today's successes and tomorrow's challenges*. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2008. 22(2): p. 181-200.
310. Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting et Board on Health Care Services. 2008. *Cancer care for the whole patient : Meeting psychosocial health needs*. Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academy. 430 p.
311. Alfano, C.M. et J.H. Rowland. 2006. *Recovery issues in cancer survivorship : A new challenge for supportive care*. *The Cancer Journal*. 12(5): p. 432-43.
312. Carlson, L.E. et B.D. Bultz. 2002. *Efficacy vs Cost of Psychosocial Interventions. Protocols and Practices*. 1(2): p. 34-51.
313. Carlson, L.E. et B.D. Bultz. 2003. *Benefits of psychosocial oncology care : Improved quality of life and medical cost offset*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1(8).
314. Carlson, L.E. et B.D. Bultz. 2004. *Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care : Making the case for economic analyses*. *Psycho-Oncology*. 13: p. 837-49.
315. Cassileth, B.R. et al. 2007. *Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer*. *Chest*. 132: p. 340S-354S.
316. Katz, D.L. et A. Ali. 2009. *Preventive medicine, integrative medicine & the health of the public. IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public*. Institute of Medicine of the National Academie, 45 p. Aussi accessible à l'adresse <http://www.iom.edu/CMS/28312/52555/62252/62351/62353/62376.aspx>. Consulté le 29 mai 2009.
317. Mansky, P.J. et D.B. Wallerstedt. 2006. *Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management*. *The Cancer Journal*. 12(5): p. 425-31.
318. Deng, G., B. Cassileth et K.S. Yeung. 2004. *Complementary therapies for cancer-related symptoms*. *The Journal of Supportive Oncology*. 2(5): p. 419-26.
319. Deng, G. et B. Cassileth. 2005. *Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance*. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*. 55: p. 109-16.
320. Deng, G.E. et al. 2007. *Integrative oncology practice guidelines*. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 5(2): p. 65-84.
321. Rosenthal, D.S. et E. Dean-Clower. 2005. *Integrative medicine in hematology/oncology : Benefits, ethical consideration, and controversies*. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 491-7.

322. Wolsko, P.M. et al. 2004. *Use of mind-body medical therapies*. Journal of General Internal Medicine. 19(1): p. 43-50.
323. Monti, D.A. et al. 2008. *Potential role of mind-body therapies in cancer survivorship*. Cancer. 112(11 Suppl): p. 2607-16.
324. Field, L.K. et M.A. Steinhardt. 1992. *The relationship of internally directed behavior to self-reinforcement, self-esteem, and expectant values for exercise*. American Journal of Health Promotion. 7(1): p. 21-7.
325. Jouper, J., P. Hassmen et M. Johansson. 2006. *Qigong exercise with concentration predicts increased health*. American Journal of Chinese Medicine. 34(6): p. 949-57.
326. Williams, G.C., R.B. Saizow et R.M. Ryan. 1999. *The importance of self-determination theory for medical education*. Acad Med. 74(9): p. 992-5.
327. Esch, T. et G.B. Stefano. 2005. *Love promotes health*. Neuro Endocrinology Letters. 26(3): p. 264-7.
328. Esch, T. et G.B. Stefano. 2005. *The Neurobiology of Love*. Neuro Endocrinology Letters. 26(3): p. 175-92.
329. Stefano, G.B. et T. Esch. 2005. *Love and stress*. Neuro Endocrinology Letters. 26(3): p. 173-4.
330. Ospina, M.B. et al. 2007. *Mediations Practices for Health: State of the Research*. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 263 p. G 19, 21, 22 p.
331. Warren Brown, K. et R.M. Ryan. 2003. *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology. 84(4): p. 822-48.
332. Fournier, C. 2008. *Utile, la méditation en oncologie?* L'Actualité Médicale. 29(2): p. 37, 49.
333. Friedrich, S. 2007. *Une approche qui intéresse la communauté médicale - La "pleine conscience" ouvre les portes de la santé*. L'Actualité Médicale. 28(18): p. 20-22.
334. LaSalle, M. 2006. *Relaxez, méditez... et soyez calme et heureux!* En ligne, http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Entrevues/Fiche.aspx?doc=beliveau_r_commensal_20060925_ent. Consulté le 7 août 2009.
335. Whole Person Care. 2007. *Mindfulness-Based Medical Practice*. WPC Newsletter Winter/Spring 2007. 2(2).
336. Speca, M. et al. 2000. *A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients*. Psychosomatic Medicine. 62(5): p. 613-22.
337. Carlson, L.E. et S.N. Garland. 2005. *Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients*. International Journal of Behavioral Medicine. 12(4): p. 278-85.
338. Carlson, L.E. et al. 2003. *Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients*. Psychosomatic Medicine. 65(4): p. 571-81.
339. Tacon, A.M., Y.M. Caldera et C. Ronaghan. 2004. *Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer*. Families Systems & Health. 22(2): p. 193-203.
340. Carlson, L.E. et al. 2001. *The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up*. Support Care Cancer. 9(2): p. 112-23.

341. Carlson, L.E. et coll. 2009. *Mindfulness-based intervention in oncology in Fabrizio D.* dans *Clinical handbook of mindfulness*. Springer, USA. p.383-404.
342. Shapiro, S.L. et L.E. Carlson. 2009. *Mindfulness based interventions for physical health - Cancer in The art and science of mindfulness. Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. USA: American Psychological Association. 194 p.
343. Rosenbaum, E. *Here for now. Living well with cancer through mindfulness*. Hardwick, MA, USA: Satya House Publications. 196 p.
344. Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et service de traitement médical de la toxicomanie. 2009. *Abandon du tabac*. Conférences scientifiques - Les effets bénéfiques de l'abandon du tabac chez les patients en oncologie : n'est-il jamais trop tard pour bien faire? 2: p. 6.
345. Parsons, A. et al. 2010. *Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis : systematic review of observational studies with meta-analysis*. British Medical Journal. 340: p. 1-7.
346. Ordre professionnel des diététistes du Québec. 1998. *Cancer*. En ligne, <http://www.opdq.org/>. Consulté le 16 février 2010.
347. Lamy, S. et al. 2007. *Anthocyanidins inhibit migration of glioblastoma cells : structure-activity relationship and involvement of the plasminolytic system*. Journal of Cellular Biochemistry. 100(1): p. 100-11.
348. Boivin, D. et al. 2007. *Inhibition of cancer cell proliferation and suppression of TNF-induced activation of NFκB by edible berry juice*. Anticancer Research. 27(2): p. 937-48.
349. McLaughlin, N. et al. 2006. *Combined low dose ionizing radiation and green tea-derived epigallocatechin-3-gallate treatment induces human brain endothelial cells death*. Journal of Neuro-Oncology. 80(2): p. 111-21.
350. McLaughlin, N. et al. 2006. *The Survivin-mediated radioresistant phenotype of glioblastomas is regulated by RhoA and inhibited by the green tea polyphenol (-) - epigallocatechin-3-gallate*. Brain Research. 1071(1): p. 1-9.
351. Perry, M. et al. 2010. *Curcumin inhibits tumor growth and angiogenesis in glioblastoma xenografts*. Molecular Nutrition & Food Research.
352. Labbé, D. et al. 2009. *The flavonols quercetin, Kaempferol, and myricetin inhibit hepatocyte growth factor-induced medulloblastoma cell migration*. The Journal of Nutrition. 139(4): p. 646-52.
353. Knobf, M. et al. 2007. *Exercise and quality of life outcomes in patients with cancer*. Seminars in Oncology Nursing. 23(4): p. 285-96.
354. Servaes, P. et al. 2002. *Relations between fatigue, neuropsychological functioning, and physical activity after treatment for breast carcinoma: Daily self-report and objective behavior*. Cancer. 95: p. 2017-26.
355. Stevinson, C. et al. 2009. *Physical activity in ovarian cancer survivors : Associations with fatigue, sleep, and psychosocial functioning*. International Journal of Gynecological Cancer. 19: p. 73-8.
356. Battaglini, C.L. et al. 2009. *The effects of an exercise program in leukemia patients*. Integrative Cancer Therapies. 8(2): p. 130-138.
357. Pogany, L. et al. 2006. *Health status in survivors of cancer in childhood and adolescence*. Quality of Life Research. 15(1): p. 143-57.
358. Maunsell, E. et al. 2006. *Quality of life among long-term adolescent and adult survivors of childhood cancer*. Journal of Clinical Oncology. 24(16): p. 2527-35.
359. Drolet, M. et al. 2009. *Évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal au Québec. Une comparaison avec le Canada hors Québec et les pays industrialisés*. Institut national de santé publique du Québec, Direction des

- systemes de soins et politiques publiques, Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, Québec. 85 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/886_EvolMortCanCol.pdf.
360. Ferris, F.D. et al. 2002. *Modèle de guide des soins palliatifs*. Édition L'Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa.
361. Société canadienne du cancer. 2008. *Sept règles de santé*. En ligne, http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Seven%20Steps%20to%20Health.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1. Consulté le 15 juin 2009.
362. Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. 2005. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie. Avis*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de lutte contre le cancer, 77 p. Aussi accessible à l'adresse http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=e899a549fb5483bca704b9f28a7e03ec.
363. Abadia, G. et al. 2008. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale*. Institut national de recherche et de sécurité, Paris. 360 p. Aussi accessible à l'adresse [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%20835/\\$File/ed835.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ED%20835/$File/ed835.pdf).
364. World Health Organization et International Agency for Research on Cancer. 2006. *Formaldehyde, 2-Butoxyethanol and 1-tert-Butoxypropan-2-ol. Summary of data Reported and Evaluation. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 16 p. Aussi accessible à l'adresse <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol88/volume88.pdf>.

ANNEXES

Annexe 1 : Composition désirée des équipes interdisciplinaires en soutien

Selon le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et les directives ministérielles :

Équipe à la Direction de santé publique

L'équipe régionale d'intervention auprès de la population devait être composée de[9] :

Membres provenant de la Direction de santé publique et d'autres directions de la Régie régionale de la santé et des services sociaux⁵⁰, partenaires tels les CLSC et les organismes communautaires, différents cliniciens et autres secteurs d'activité pertinents.

Cette équipe est remplacée par l'Équipe habitudes de vie et maladies chroniques, avec des collaborateurs des autres directions de l'Agence au besoin. Une équipe pour le suivi du rapport du directeur de santé publique sur le cancer sera formée.

Équipes en CSSS

- Équipe interdisciplinaire en promotion et prévention avec les agents de promotion des saines habitudes de vie. Idéalement, cette équipe devrait comprendre une infirmière ou un médecin, une nutritionniste, un kinésologue ou éducateur physique et une personne responsable du centre d'abandon du tabac. Cette équipe est en lien avec le réseau local de services, dont les médecins et les infirmières des GMF.
- Répondant en oncologie et en soins palliatifs qui assure la coordination entre le CSSS, les centres hospitaliers, les cliniques médicales privées et les GMF ou autres.
- Équipe interdisciplinaire en soins palliatifs (voir ci-bas) pour les soins à domicile.

Équipes des centres hospitaliers

1. L'équipe interdisciplinaire en oncologie locale devait être composée de[362] :

Hémato-oncologue ou oncologue médical, pharmacien, infirmière dédiée en oncologie, infirmière-pivot en oncologie, intervenant social ou psychologue, nutritionniste, médecin omnipraticien (ou interniste) impliqué dans le traitement contre le cancer, représentant de l'équipe de soins palliatifs et, de façon optionnelle, chirurgien, ergothérapeute ou physiothérapeute.

D'autres collaborateurs peuvent se joindre au besoin : intervenant responsable de l'équipe soutien à domicile et intervenant bénévole engagé dans les activités de soutien, accompagnateur de vie spirituelle, représentant des approches complémentaires de soins, représentant des patients, dentistes, représentant d'un organisme à but non lucratif, etc.

De façon ponctuelle ou permanente, des chirurgiens peuvent se joindre à l'équipe.

⁵⁰ Ancienne appellation des Agences de la santé et des services sociaux.

2. L'équipe interdisciplinaire en oncologie régionale devait être composée de[362] :

Hémato-oncologue ou oncologue médical, pharmacien, infirmière spécialisée en oncologie, infirmière-pivot en oncologie, chirurgien selon le site tumoral, intervenant social ou psychologue et nutritionniste avec une expertise en oncologie, médecin, radio-oncologue, radiologiste, pathologiste, spécialiste en réadaptation selon le site tumoral, représentant de l'équipe de soins palliatifs.

D'autres collaborateurs peuvent se joindre au besoin : accompagnateur de vie spirituelle, bénévoles, coordonnateur clinico-administratif, intervenant de CSSS, représentant des approches complémentaires de soins, représentant des patients, dentistes, psychiatre, représentant d'un organisme sans but lucratif, etc.

Équipes interdisciplinaires en soins palliatifs dans chaque site de prestation dont en centres hospitaliers, en maison de soins palliatifs en soutien à domicile, en CHSLD

L'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs devait être composée de[24] :

Médecin, pharmacien, infirmière, intervenant social, psychologue, animateur de pastorale, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute.

D'autres collaborateurs peuvent se joindre au besoin : médecin spécialiste, représentant d'un organisme communautaire, bénévole.

Annexe 2 : L'entretien motivationnel : des outils

Une vue d'ensemble de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une mesure efficace pour le changement de comportement

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

	L'ESPRIT	
COLLABORATION	ÉVOCATION	AUTONOMIE

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. EXPRIMER L'EMPATHIE Elle suppose le respect, l'acceptation de l'autre. Cette attitude libère la possibilité de changer. L'attitude inverse tend à la bloquer.
2. DÉVELOPPER LA DIVERGENCE Mettre en juxtaposition les valeurs, les aspirations profondes de la personne et son comportement. La personne et non le conseiller doit s'exprimer sur le changement et sa pertinence.
3. ROULER AVEC LA RÉSISTANCE On ne s'oppose pas à la résistance et l'ambivalence. La résistance signale au conseiller que la relation de conseil peut devenir problématique et permet le réajustement. Il faut éviter de persuader, d'argumenter et tenter de prouver que l'on a raison.
4. RENFORCER LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE Le sentiment d'efficacité personnelle est la confiance d'une personne en sa capacité à prendre les décisions lui permettant de réussir une tâche. Le niveau de confiance représente un indicateur fiable de changement. Croire au potentiel de changement des personnes contribue à induire le changement.

Les techniques d'intervention en entretien motivationnel

LES TECHNIQUES D'INTERVENTION (OuVER + discours-changement)
--

1. POSER DES QUESTIONS OUVERTES Ce genre de questions permet à la personne de s'exprimer et invite à l'élaboration des préoccupations.
2. VALORISER Communiquer directement à la personne que ses forces et ses efforts sont perçus et considérés.
3. PRATIQUER UNE ÉCOUTE RÉFLECTIVE Elle permet au conseiller de refléter et de valider les perceptions de la signification et de la valeur affective du contenu des propos de la personne. Permet à la personne de s'entendre parler. Le conseiller exerce une directivité en sélectionnant les éléments à refléter.
4. FAIRE DES RÉSUMÉS Résumer sert à : <ul style="list-style-type: none">• lier et renforcer le matériel exprimé;• donner un message d'écoute;• préparer la personne à élaborer;• faire ressortir le discours-changement.
5. SUSCITER LE DISCOURS-CHANGEMENT* Susciter le discours-changement est la stratégie principale visant la résolution de l'ambivalence. Chacune des 4 techniques précédentes peut être mise à contribution pour atteindre cet objectif. *Le discours-changement regroupe les éléments du discours relatifs aux : <ul style="list-style-type: none">• inconvénients du comportement actuel;• aux avantages du changement;• à l'optimisme face au changement;• à l'intention de changer.

L'outil *Mon plan d'action* pour l'entretien motivationnel

MON PLAN D'ACTION

DATE : _____

Moi : _____

et mon professionnel de la santé : _____



avons convenu du plan d'action suivant pour améliorer ma santé :

1. Je fais un seul choix

<p>Agir sur ma consommation de tabac</p>  <input type="checkbox"/>	<p>Améliorer mon alimentation</p>  <input type="checkbox"/>	<p>Améliorer mon niveau d'activité physique</p>  <input type="checkbox"/>	<p>Réduire mon niveau de stress</p>  <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

2. Qu'est-ce que je veux faire exactement ? _____

Combien de fois par jour ou semaine ? _____

Quantité ? (nombre, durée en minutes ou autre) _____

Quand ? _____

3. Je détermine mon niveau de confiance

J'indique ma confiance par un chiffre compris entre 0 et 10 :

0 Je ne suis vraiment pas sûr de réussir

10 Je suis tout à fait sûr de réussir

____ / 10



Je signe : _____

Signature du professionnel : _____

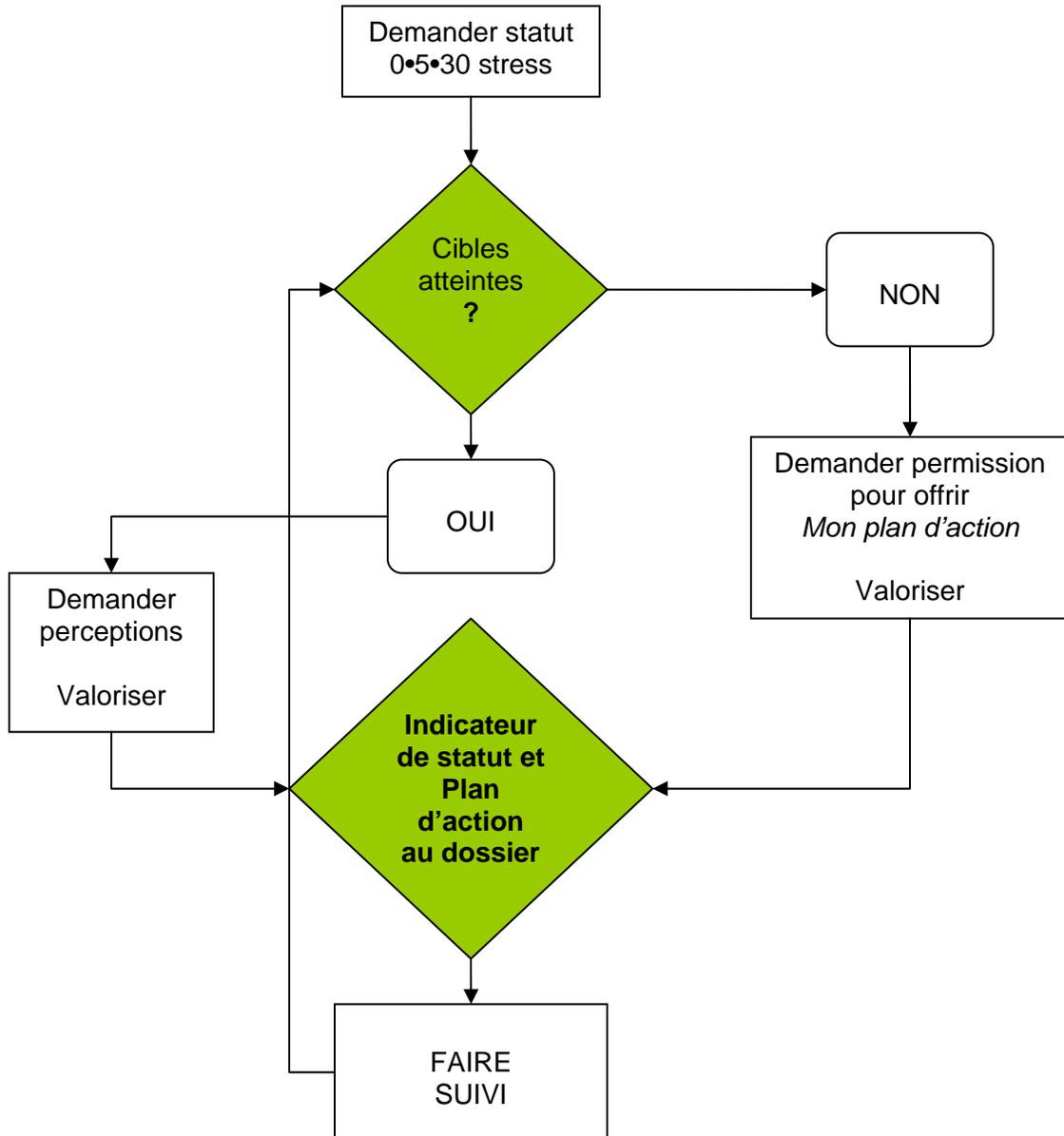
© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009
 Avec l'aimable permission de The Journal of the American Board of Family Medicine, ce formulaire est une adaptation de l'original paru dans
 l'article suivant : « Behavior-Change Action Plans in Primary Care - A Feasibility Study of Clinicians » MacGregor Kate, Margaret Handley, Sharon
 Wong et al. The Journal of the American Board of Family Medicine [En ligne]. Vol.19, no 3, p. 215-223.
<http://www.jabfm.org/cgi/content/full/19/3/215> Copyright 2006 The American Board of Family Medicine. All rights reserved. Tous droits réservés

La prise en charge systématique des habitudes de vie

En clinique, une prise en charge systématisée des habitudes de vie est relativement simple et comprend trois étapes :

1. Identifier le statut en habitudes de vie;
2. Demander la permission de présenter un outil, *Mon plan d'action*;
3. Assurer un suivi à partir de la dernière utilisation de l'outil *Mon plan d'action* établi ou de l'indicateur de statut en habitudes de vie.

PRISE EN CHARGE SYSTÉMATIQUE DES HABITUDES DE VIE



Annexe 3 : Critères de priorisation des recommandations

Les questions suivantes représentent une synthèse de la démarche permettant d'effectuer les recommandations et d'en prioriser certaines.

1. Le problème est-il grave? L'ampleur et la gravité

Se référer :

- aux données sur l'incidence, la mortalité et la survie;
- aux facteurs de risques et aux causes du cancer;
- aux données sur les habitudes de vie.

2. Peut-on agir sur la prévention de ce problème?

Des mesures préventives pourraient réduire le nombre de cancers ou ses complications.

3. L'action est-elle efficace?

Des études scientifiques démontrent que l'intervention est efficace pour diminuer le nombre de cancers ou ses complications. Des données probantes appuient l'action.

4. Les actions sont-elle réalisables? La faisabilité

Les ressources humaines sont disponibles (internes et partenaires).

- Si oui, les identifier.
- Si non, il pourrait être suggéré de consolider ou de développer.

Les ressources financières sont disponibles.

- Si oui, très bien.
- Si non, il pourrait s'agir d'une intervention ou d'une action à développer.

Le contexte est favorable.

- Contexte social, sensibilité par rapport à une problématique, échiquier provincial, attention médiatique.
- Ressources humaines impliquées et modifications des rôles.

5. Le suivi à moyen terme est-il possible? Les conditions de réalisation

Les conditions (ressources humaines, financières et contexte) permettent de soutenir l'action ou la recommandation :

- sur quelques années (d'ici 3 ans);
- à plus long terme (d'ici 5 ans).

Annexe 4 : Exposition en milieu de travail

Population de travailleurs travaillant en Chaudière-Appalaches en 2006

Région et réseaux locaux de santé (RLS)	Population totale de travailleurs qui travaillent en Chaudière-Appalaches 2006
TOTAL région	167 825
RLS de Lac-Etchemin	5 545
RLS du Littoral	93 110
RLS de Beauce	34 515
RLS de l'Amiante	17 245
RLS de Montmagny-L'Islet	17 410

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006, Traitement DSP, R.M., 2009/09/18

Cancers professionnels indemnisés en France

Types de cancers	Cancers spécifiques
Cancers cutanés	
Cancers ORL	Cancer de l'ethmoïde et des sinus de la face Cancer des cavités nasales
Cancers broncho-pulmonaires et pleuraux	Cancers broncho-pulmonaires Cancer de la plèvre
Cancers urinaires	Cancer de vessie Cancer des voies urinaires
Cancers hépatiques	
Tumeurs cérébrales	Glioblastome
Mésothéliomes primitifs	
Angiosarcomes	
Leucémies	
Cancers osseux	

Source : Abadia et al., 2008 : 105-109 [363].

Dix-neuf (19) substances et mélanges jugés cancérigènes démontrés pour l'homme par le CIRC (Groupe 1) et qui sont des expositions professionnelles (parmi les 29 agents cancérigènes avérés)

Substance ou mélange	Emploi ou secteur d'activité dans lequel le produit ou mélange est retrouvé ^a	Monographie du CIRC Volume (année) ^b	Preuve pour l'homme ^c	Preuve pour l'animal ^c	Sièges
Agents physiques					
Radiations ionisantes et sources d'émission de rayons-X, gamma (γ), neutrons et radon	Radiologistes, technologues, travailleur nucléaire, mines souterraines, équipage aérien, etc.	Vol. 75 (2000a), Vol. 78 (2001a)	Suffisante	Suffisante	Os ^d Leucémie ^d Poumon ^d Foie ^d Thyroïde ^d Autres ^d
Rayonnement solaire (exposition au soleil)	Travailleurs à l'extérieur	Vol. 55 (1992b)	Suffisante	Suffisante	Mélanome ^d Peau ^d
Poussières et fibres respirables					
Amiante	Mine et moulin, fabrication de produits, isolation, travailleurs des chantiers navals, industrie amiante-ciment, travailleurs du métal en feuilles	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d Mésotéliome ^d Larynx ^e Tractus gastro-intestinal ^e
Érionite	Utilisé dans le traitement des déchets, des égouts, des déchets agricoles, systèmes de contrôle de la pollution de l'air, agrégats de ciment, matériaux de construction, etc.	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Suffisante	Mésotéliome ^d
Silice cristalline	Industrie de la pierre et du granit, céramique, verre, fonderies et industries métallurgiques, d'abrasifs, construction, agriculture	Vol. 68 (1997b)	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d
Poussières de bois	Scieries, papetière, travail du bois (meubles, construction) et utilisé comme remplissage dans la production de plastique et de linoléum	Vol. 62 (1995b)	Suffisante	Inadéquate	Fosses nasales et paranasales ^d
Métaux et composés métalliques					
Béryllium	Extraction, industrie aérospatiale, dentisterie, fabrication de moules pour les plastiques, bijouterie, électronique, fonderies, etc.	Vol. 58 (1993a)	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d
Composés de chrome, chrome hexavalent	Soudage acier inoxydable (<i>stainless</i>), préservatifs pour le bois, tannage du cuir, traitement de l'eau, encres, photographie, parfums synthétiques, procédés d'électroplacage, pyrotechnie, etc.	Vol. 49 (1990a)	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d Sinus nasals ^e
Nickel (composés de), incluant des combinaisons d'oxydes et de sulfures dans le raffinage	Raffinage et fusion du nickel, soudage	Vol. 49 (1990a)	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d Fosses nasales et sinus ^e
Bois et carburants fossiles et leurs produits					
Benzène	Produits chimiques, pharmaceutiques, caoutchouc, imprimerie (départements de rotogravure et reliure), additifs à l'essence, solvants dans l'industrie de la chaussure, etc.	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Limitée	Leucémie ^d

Substance ou mélange	Emploi ou secteur d'activité dans lequel le produit ou mélange est retrouvé ^a	Monographie du CIRC Volume (année) ^b	Preuve pour l'homme ^c	Preuve pour l'animal ^c	Sièges
Formaldéhyde	Bois (adhésifs et liants), produits en plastique, désinfectant, urée phénoliques, la mélamine et des résines de polyacetal, etc.	Vol. 88 (2006)	Suffisante	Suffisante	Cancer rhinopharynx Leucémie ^f Sinus nasal ^g
Goudron de houille	Production de produits chimiques raffinés et de goudron de houille, fonderies, pavage routier, construction (couvreurs)	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Suffisante	Peau ^d Poumon ^e Vessie ^e
Huiles minérales, non traitées et moyennement traitées	Production, lubrifiants utilisés par les travailleurs du métal, machinistes, ingénieurs, imprimerie (formulation des encres), utilisés dans ses préparations cosmétiques, médicinales et pharmaceutiques	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Inadéquate	Peau ^d Vessie ^e Poumon ^e Sinus nasals ^e
Suies	Ramonage de cheminées, personnel d'entretien des appareils de chauffage, maçons, démolisseurs, poseurs d'isolants, pompiers, travailleurs de la métallurgie, travail impliquant de brûler des matériaux organiques	Vol. 35 (1985)	Suffisante	Inadéquate	Peau ^d Poumon ^d Œsophage ^e
Monomères					
Chlorure de vinyle	Production de chlorure de vinyle, de polychlorure de vinyle et copolymères, réfrigérant avant 1974, extracteur de solvant, propulseur pour aérosols	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Suffisante	Foi (angiosarcome) Foi (hépatocellulaire) ^e
Intermédiaires dans les plastiques et la fabrication de caoutchouc					
Bis(chlorométhyl) éther et chlorométhyl méthyléther	Production, agent akylant, réactif en laboratoire, fabrication de plastiques, résines et polymères échangeant des ions	Suppl. 7 (1987a)	Suffisante	Suffisante	Poumon (cancer à petites cellules – <i>oat cell</i>) ^d
Pesticides					
Oxyde d'éthylène	Production, industrie chimique, agent stérilisant (hôpitaux, fumigation d'épices)	Vol. 60 (1994b)	Limitée	Suffisante	Leucémie ^d
Tétrachloro-2,3,7,8 dibenzo-para-dioxine (TCDD)	Production; utilisation de chlorophénols, herbicides chlorophénoxy, déchets d'incinération, production de polychlorobiphényles (PCB)	Vol. 69 (1997a)	Limitée	Suffisante	Tous les sites combinés ^d Poumon ^e Lymphome non-Hodgkinien ^e Sarcome ^e
Autres					
Fumée involontaire de la cigarette	Travailleurs des bars et restaurants	Vol. 83	Suffisante	Suffisante	Poumon ^d

Traduit et adapté de Siemiatycki et al. (2004) : 1450-1451 et 1457[241], sauf pour le formaldéhyde (WHO and IARC, 2006)[364].

NOTES :

^a Pas nécessairement une liste exhaustive des professions ou secteurs d'activité dans lequel cet agent est trouvé. Ce ne sont pas tous les travailleurs dans ces métiers ou secteurs d'activité qui sont exposés. Le terme « production » est utilisé pour indiquer que cette substance est artificielle (fabriquée par l'homme) et que des travailleurs peuvent être exposés dans le processus de production.

^b Selon la plus récente évaluation du CIRC. Celles qui sont citées comme « Supplément 7 », il est possible que la révision de 1987 a été tout à fait superficielle et que la preuve essentielle a été cumulée à une date antérieure.

^c Comme établi (jugé) par le Groupe de travail du CIRC.

^d Comme jugé par Siemiatycki et al. (2004). Indique que la preuve d'un lien avec ce siège a été forte.

^e Indique que la preuve était suggestive.

^f Preuve forte, mais insuffisante.

^g Évidence épidémiologique limitée.

**Sélection de métiers ou secteurs d'activités évalués par le CIRC
comme causant le cancer chez les travailleurs (Groupe 1)**

Métiers, industries ou secteurs d'activités	Substances suspectées	Monographie du CIRC Volume (année) ^b	Sites
Fabrication et réparation de souliers et bottes	Poussières du cuir, benzène et autres solvants	Suppl. 7 (1987)	Leucémie ^d Nez ^d Sinus paranasaux ^d Vessie ^e
Mobilier et ébénisterie	Poussières de bois	Suppl. 7 (1987)	Fosses nasales et cavités sinonasales ^b
Fonderies de fonte et d'acier	Hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), silice, fumées métalliques, formaldéhyde	Suppl. 7 (1987)	Poumon ^b
Peintres		Vol. 47 (1989c)	Poumon ^b Vessie ^b Estomac ^c
Industrie du caoutchouc	Amines aromatiques, solvants	Suppl. 7 (1987)	Vessie ^b Estomac ^c Larynx ^c Leucémie ^c Poumon ^c

Traduit et adapté de Siemiatycki et al. (2004) : 1450-1451 et 1457[241],
sauf pour le formaldéhyde (WHO and IARC, 2006)[364].

NOTES :

^a Pas nécessairement une liste exhaustive des professions ou secteurs d'activité dans lequel cet agent est trouvé. Ce ne sont pas tous les travailleurs dans ces métiers ou secteurs d'activité qui sont exposés. Le terme « production » est utilisé pour indiquer que cette substance est artificielle (fabriquée par l'homme) et que des travailleurs peuvent être exposés dans le processus de production.

^b Selon la plus récente évaluation du CIRC. Celles qui sont citées comme « Supplément 7 », il est possible que la révision de 1987 a été tout à fait superficielle et que la preuve essentielle a été cumulée à une date antérieure.

^c Comme établi (jugé) par le Groupe de travail du CIRC.

^d Comme jugé par Siemiatycki et al. (2004). Indique que la preuve d'un lien avec ce siège a été forte.

^e Indique que la preuve était suggestive.

^f Preuve forte, mais insuffisante.

^g Évidence épidémiologique limitée.

Annexe 5 : Recommandations émises sur la prévention du cancer par trois organisations

Fonds mondial de recherche sur le cancer	Organisation mondiale de la santé	Société canadienne du cancer
Recommandations communes à trois organisations		
Soyez aussi mince que possible tout en évitant l'insuffisance pondérale.	Éviter la surcharge pondérale ou l'obésité.	Faites régulièrement de l'activité physique, cela vous permettra aussi de maintenir un poids santé.
Pratiquez une activité physique au moins trente minutes par jour.	Évitez la sédentarité.	
Augmentez et variez la consommation de légumes, fruits, céréales complètes et légumes secs.	Évitez la consommation insuffisante de fruits et légumes.	Consommez de 5 à 10 portions de légumes par jour. Choisissez des aliments riches en fibres et faibles en matières grasses.
En cas de consommation d'alcool, se limiter à une boisson par jour pour les femmes et à deux pour les hommes.	Évitez la consommation d'alcool.	Si vous buvez de l'alcool, limitez votre consommation quotidienne à un ou deux verres.
Ne fumez pas.	Ne fumez pas.	Ne fumez pas et évitez la fumée des autres.
Recommandations communes à deux organisations		
	Réduire l'exposition à la lumière solaire.	Protégez vous du soleil, vous et les vôtres.
	Informez sur le dépistage précoce et mettez en place des programmes de dépistage.	Suivre les recommandations en matière de dépistage de cancer.
Recommandations distinctes à chaque organisation		
Évitez les boissons sucrées. Limitez les aliments à forte densité calorique.	Évitez l'infection sexuellement transmissible du VPH.	Rendez visite à votre médecin ou à votre dentiste si vous constatez un changement dans votre état de santé habituel.
Limitez la consommation de viande rouge (comme le bœuf, le porc ou l'agneau) et évitez la charcuterie.	Vacciner contre le VPH et contre l'hépatite B.	À la maison comme au travail, suivez les consignes de santé et de sécurité quant à l'utilisation et l'entreposage et à la mise au rebut des produits dangereux.
Limitez la consommation d'aliments salés et de produits contenant du sel ajouté.	Évitez la pollution urbaine de l'air.	
Ne prenez pas de compléments alimentaires pour vous protéger du cancer.	Évitez les fumées à l'intérieur des habitations dues à l'utilisation de combustibles solides par les ménages.	
De préférence, les mères devraient exclusivement allaiter les six premiers mois puis introduire d'autres liquides et aliments.	Lutter contre les risques professionnels.	
Après le traitement, les personnes diagnostiquées d'un cancer devraient suivre l'ensemble des recommandations pour la prévention du cancer.		



Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 